KIMMOKE-RANNEKKEELLA TUETTU LIIKUNTA- JA KULTTUURIPALVELUIHIN OSALLISTUMINEN HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ

- vaikutukset käyttäjien omiin kokemuksiin perustuen Turussa

MINNA LAINIO-PELTOLA
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu –tutkielma
Hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelma
Huhtikuu 2017

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

MINNA LAINIO-PELTOLA: KIMMOKE-RANNEKKEELLA TUETTU LIIKUNTA- JA KULTTUURIPALVELUIHIN OSALLISTUMINEN HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ
- vaikutukset käyttäjien omiin kokemuksiin perustuen Turussa
Pro gradu –tutkielma, 100 sivua, 57 liitesivua
Hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelma
Huhtikuu 2017

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kehittyneet myönteisesti viime vuosikymmenten aikana. Kuitenkin sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet ja suomalainen yhteiskunta on eriarvoisempi kuin koskaan aiemmin huolimatta erilaisista politiikkaohjelmiin sisältyneistä terveyserojen kaventamistavoitteista.

Tässä pro gradu -tutkielmassa hyvinvointi käsitetään pohjoismaisen hyvinvointitutkimusperinteen mukaisena. Tällöin hyvinvointi jaotellaan resursseihin perustuvaan eli objektiiviseen ja hyvinvoinnin kokemukseen perustuvaan eli subjektiiviseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa mitataan subjektiivista hyvinvointia mm. koetun terveyden, yksinäisyyden ja elämänlaadun muutoksena.

Turkulaisten terveyserojen kaventamiseksi on kehitetty tiettyjä sosiaalitukia saaville kaikkein vähävaraisimmille suunnattu Kimmoke-ranneke. Rannekkeeseen oikeutettu henkilö voi ostaa puoli vuotta voimassa olevan edullisen rannekkeen, jolla voi päivittäin mm. käyttää kaupungin uimahalleja, kuntosaleja sekä vierailla museoissa. Lisäksi heitä voidaan kutsua tekstiviesteillä esimerkiksi konsertteihin, teatteriin sekä jääkiekko- ja jalkapallo-otteluihin.

Tässä tutkielmassa tehdään ns. retrospektiivisen tapaustutkimuksen keinoin arvio Kimmoke-rannekkeen käyttäjien hyvinvoinnin kokemuksista ennen ja jälkeen rannekkeen käyttöönoton, erityiskiinnostuksena liikunnan harrastamisen muutos. Lisäksi selvitetään, miten Kimmoke-ranneke toimii vähävaraisten liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistumisen mahdollistajana ja minkälaisia muita vaikutuksia on saatu käyttäjien omiin kokemuksiin perustuen. Voimassa olevia rannekkeita oli 1 058 tutkimushetkellä marraskuussa 2015.

Tutkimustulosten mukaan Kimmoke-rannekkeen käyttäjät olivat enimmäkseen keski-ikäisiä 31–50 vuotiaita naisia ja miehiä, jotka kuuluivat ansiotasoltaan hyvin pienituloisten kotitalouksiin. Vastaajat olivat erittäin tyytyväisiä rannekkeella tarjottuihin palveluihin. Jopa 89 % heistä koki saavansa apua erittäin tai melko paljon palveluihin osallistumisessa ja 85 % sai apua harrastus- ja virkistysmenoihinsa. Ranneke mahdollisti heille erittäin paljon liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistumista. Vastanneista 81 % oli lisännyt liikunnan harrastamistaan rannekkeen avulla ja 21 % lisännyt kulttuurin harrastamistaan. Eniten ranneketta käytettiin uimahalleissa ja kuntosaleilla. Rannekkeen käytön vaikutuksena 57 % koki terveydentilansa parantuneen, 46 % koki työ- ja toimintakykynsä parantuneen, 37 % sai apua yksinäisyyteensä ja jopa 28 % koki voineensa vähentää terveyspalvelujen käyttöä. Muutosten koettiin pitkälti johtuvan rannekkeesta ja sen antamista mahdollisuuksista.

Rannekkeella on ollut tulosten mukaan positiivista vaikutusta käyttäjien hyvinvoinnin kokemiseen ja rannekkeen voidaan todeta olevan merkittävä uudenlainen keino terveyserojen kaventamistavoitteiden toteutumiseksi. Rannekkeella aikaansaatujen merkittävien vaikutusten taloudellisia vaikutuksia olisi mielenkiintoista jatkossa tutkia.

Avainsanat: hyvinvointi, terveys, terveyserot, vähävaraisuus, osallistuminen, liikunta- ja kulttuuripalvelut

UNIVERSITY OF TAMPERE
Faculty of Social Sciences

MINNA LAINIO-PELTOLA: SUPPORTING PARTICIPATION WITH “THE KIMMOKE WRISTBAND” TO PHYSICAL ACTIVITY AND CULTURAL SERVICES IN ORDER TO IMPROVE WELFARE – The experienced welfare impacts of users in the city of Turku
Master’s Thesis, 100 pages, 57 appendix pages
Master’s Degree Programme in Human Services
April 2017

The overall status of health and well-being in Finland has improved over the past decades. However, health differences between socio-economic and other subgroups of the population are increasing and are bigger than ever before in Finland. In this thesis welfare is defined along the traditions of Nordic welfare research. Welfare is seen to consist of resource based objective welfare and experience based subjective welfare. In this thesis subjective welfare is being measured e.g. by experienced health, loneliness and change in the quality of life.

To tackle income based inequalities among the citizens of Turku, a practical innovation, “Kimmoke Wristband”, was developed to offer physical activity and cultural services to the people in the weakest economic position. The wristband is aimed at citizens receiving certain social benefits, e.g. the unemployed and those in rehabilitation or who have low income for some other reason. A person, who is entitled to the “Kimmoke Wristband”, can purchase it for a low cost for 6 months. The wristband holder can use sport facilities maintained by the city, e.g. swimming-halls and gyms, daily. In addition, the wristband holder can visit museums and they are invited via SMS e.g. to theatre, concerts, ice-hockey and football matches free of any extra charge.

This thesis is a retrospective case study. The purpose is to evaluate how the users of the “Kimmoke Wristband” experienced their welfare before and after using the wristband, focusing on the change in their physical activity. Also, the research asks how the wristband promotes physical activity and the use of cultural services by citizens with low income and what the other outcomes and impacts experienced by them are. A survey among users, 1 058 people, was done in November 2015.

According to the results of the survey, the users are mostly middle-aged 31–50 years old, women and men with very low income. They are overall very satisfied with the services offered by the “Kimmoke Wristband” which has enabled them to actually use the services. The changes experienced due to the wristband and the opportunities offered by it were reported as follows: up to 89 % reported it has contributed very or rather considerably to their participation in services and 85 % say that the wristband helped to manage their leisure time expenditures. Swimming halls and gyms were the most popular places to visit. 81 % of the users have increased their physical activity and 21 % have participated more in cultural activities. The most effective results are: 57 % of the users report improvements in their health status, 46 % say their work- and functional capacity is better, 37 % report their feelings of loneliness having decreased and up to 28 % have decreased their use of the health services.

Targeted and low-cost services for the people in a weak socio-economic position show effective results in increased health and well-being and tackle inequalities remarkably. It would be worthwhile to evaluate further also the economic benefits of the increases in health and well-being.

Keywords: welfare, health, heath-inequalities, low income, participation, physical activity and cultural services

Sisällys

KUVAT

KUVIOT

TAULUKOT

1 JOHDANTO

Vauraat hyvinvointivaltiot ovat pitkälti selättäneet toisen maailmansodan jälkeen hyvinvoinnin muut perinteiset viholliset sairauden, köyhyyden, tietämättömyyden ja kurjuuden, mutta eivät työttömyyttä. Väestön elinikä on kasvanut kymmenillä vuosilla, terveydentila on parantunut huomattavasti ja elintason nousu on ollut ennennäkemätöntä. Pienituloisimpienkin elintaso ja kulutusmahdollisuudet ovat absoluuttisesti paremmalla tasolla nykyisin verrattuna 70 vuoden takaisiin oloihin. Väestön tyytyväisyys ja onnellisuus eivät kuitenkaan ole nousseet enää sen jälkeen, kun elintaso on turvannut perustavien tarpeiden tyydytyksen. Maan elintasolla ja väestön keskimääräisellä tyytyväisyydellä on eri maiden välisissä vertailuissa kuitenkin positiivinen yhteys. Keskimääräisen elintason noustessa väestön keskimääräinen onnellisuus ei kuitenkaan kasva, koska ihminen vertaa asemaansa aina suhteessa odotuksiinsa ja ympäristöönsä. Viime vuosina selitykseksi on tarjottu sosiaalisen eriarvoisuuden lisääntymistä. Tällä tarkoitetaan väestöryhmien välisiä tuloeroja ja sosiaalista kerrostuneisuutta. (Moisio & Karvonen & Muuri & Vaarama & Kestilä 2014, 10.) Suomalaiset esimerkiksi ovat bruttokansantuotteen kolminkertaistumisesta huolimatta yhtä tyytyväisiä elämäänsä kuin 1960-luvulla. Vaikka suomalaisten hyvinvointi on keskimäärin kehittynyt positiivisesti, ovat väestöryhmittäiset erot kasvaneet. Suomi on eriarvoisempi yhteiskunta kuin koskaan aiemmin. Työttömyys ja työelämästä syrjäytyminen on korkealla tasolla ja tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet samalle tasolle kuin ne olivat 1970-luvulla. Lisäksi sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet ja ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna suuret. (Moisio & Karvonen & Simpura & Heikkilä 2008, 19–20, 26.)

2000-luvun jälkipuoliskolla eriarvoisuuden vähentäminen nousi myös poliittisen kiinnostuksen kohteeksi, koska Suomessa tuloerot ja suhteellinen köyhyys kasvoivat OECD-maista eniten 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin (Moisio ym. 2014, 14). Huolimatta taloudellisen eriarvoisuuden kasvusta Suomessa, se on edelleen kansainvälisesti suhteellisen pientä ja tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu pysähtyi vuonna 2008. Pitkään jatkunut taantuma ei myöskään ole heijastunut peruskulutuksesta tinkimisen kasvuna tai kotitalouksien toimeentulo-ongelmina, mikä kertoo hyvinvointivaltion turvaverkon toimivuudesta. Sen sijaan niukkaa toimeentuloa raportoi edelleen joka kymmenes. Elämänlaadun sosiaalisen oikeudenmukaisuuden jakautumisen suurin este ovat terveys- ja tuloerot, ja siksi niiden kaventamisen tulisi olla hyvinvointipolitiikan kärkitavoite. Koska politiikkaohjelmista huolimatta sosioekonomisia terveyseroja ei ole saatu kavennettua, tulisi syihin ja kehitysmekanismeihin kiinnittää päähuomiota. Universaalien kaikkien hyvinvointia tukevien palvelujen rinnalla tulisi miettiä myös miten huono-osaisten hyvinvointia saataisiin nostettua lähemmäksi yleistä hyvinvoinnin tasoa. (Vaarama & Karvonen & Kestilä & Moisio & Muuri 2014a, 325, 327.)

Suomessa sosioekonomisen aseman (koulutus, ammatti-/ työmarkkina-asema ja tulotaso) mukaisten väestöryhmien välillä olevat suuret terveyserot ovat pysyneet jo yli 20 vuotta samanlaisina. Erot ovat nähtävissä kaikissa terveyden ulottuvuuksissa. Koettu terveys, sairastavuus ja kuolleisuus ovat yhteydessä koulutukseen, ammattiasemaan ja tuloihin siten, että eniten koulutetut ja hyvätuloiset ovat terveempiä ja elävät kauemmin kuin pienituloiset ja pelkän perusasteen koulutuksen käyneet. Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen elinajanodotteen ero oli vuonna 2007 miehillä vajaa kolmetoista vuotta ja naisilla vajaa seitsemän vuotta. Myös toimintakyvyssä ja itse arvioidussa työkyvyssä olleet sosioekonomiset erot ovat säilyneet ennallaan jo pari vuosikymmentä. Lisäksi koulutusryhmittäin terveenä eletty elinajan odote vaihtelee vielä enemmän kuin elinajanodote. (Palosuo ym. 2007, 3; Rotko & Aho & Mustonen & Linnanmäki 2011, 13.) Suomalaisen hyvinvointitutkimuksen mukaan elämänlaadussa, hyvinvoinnissa ja terveydessä suomalainen yhteiskunta on jakautunut hyvä- ja huono-osaisten ryhmään ja työkyvyttömyys, työttömyys ja toimeentulotuen asiakkuus todettiin suurimmiksi elämänlaadun riskitekijöiksi. Lisäksi todettiin, että näihin tilanteisiin liittyy usein heikko terveys ja koettu yksinäisyys. Työttömyyden todettiin jopa kaksinkertaistavan riskiä kokea itsensä yksinäiseksi. (Vaarama & Mukkila & Hannikainen-Ingman ym. 2014b, 32–34.)

Sosioekonomisen aseman tiedetään vaikuttavan myös fyysiseen aktiivisuuteen ja liikkumiseen mm. siten, että varojen puutteella on osoitettu olevan yhteyttä liikkumattomuuteen. Kansallisen FIN-RISKI- tutkimuksen mukaan pienempituloiset raportoivat korkeatuloisempia useammin liikuntaharrastamisen kalleuden olevan yksi syy omalle liikkumattomuudelleen. Korkeat kustannukset olivat työttömillä miehillä jopa kolminkertainen ja työttömillä naisilla kaksinkertainen riski estää liikkumasta riittävästi. (Borodulin ym. 2015, 4–5). Liikkumisen tiedetään kaikkiaan kallistuneen viime vuosina huomattavasti niin, että ilman tukitoimenpiteitä kaikkein pienituloisimpien ei useinkaan ole mahdollista lähteä liikkumaan maksullisiin liikuntapaikkoihin. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2016, 10). Liikkumattomuuden yhteiskunnallisten kustannusten seuraukset suomalaisten kansansairauksista ovat kuitenkin niin suuret, että jotain pitäisi tehdä. Esimerkiksi diabetes ja tuki-ja liikuntaelimistön sairaudet ovat usein heikompaan sosioekonomisen asemaan liittyviä ehkäistävissä olevia elämäntapoihin liittyviä sairauksia. (Husu & Paronen & Suni & Vasankari 2011, 9; Mäkinen 2011, 54.)

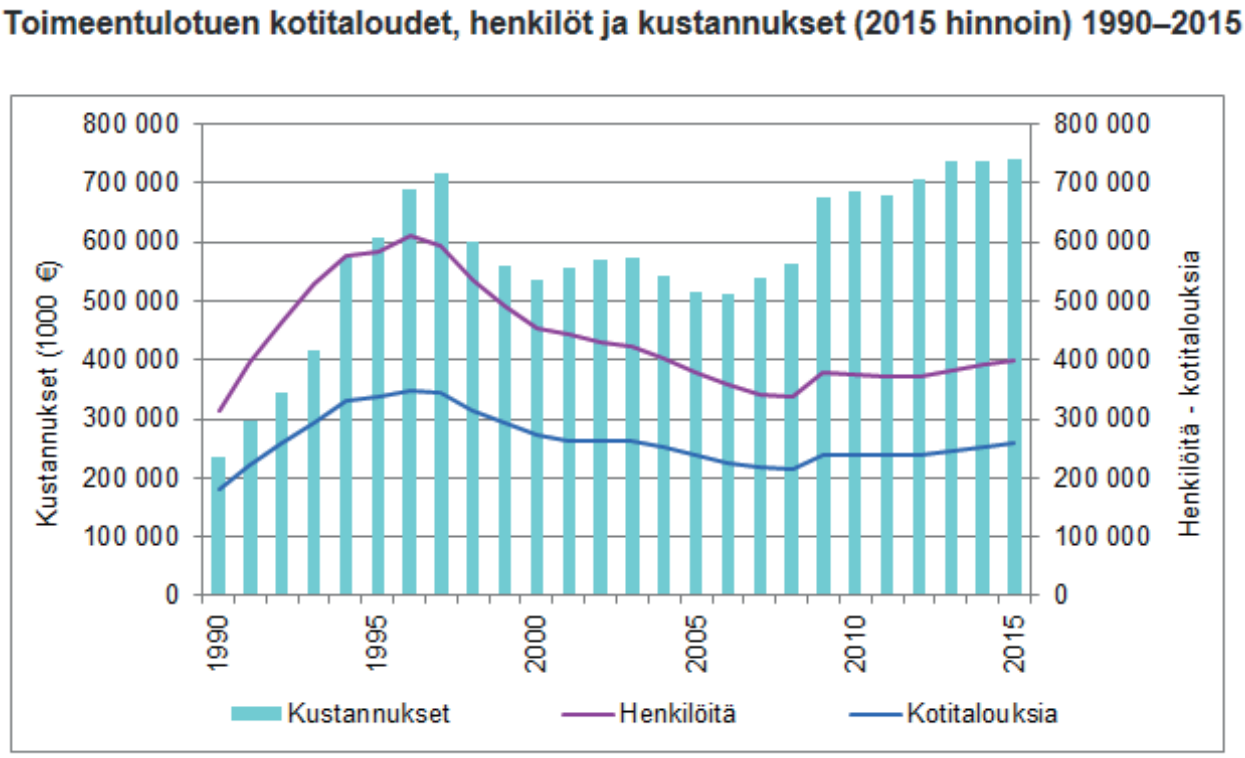
Fyysisen toimintakyvyn heiketessä noin prosentin vuodessa 30 ikävuoden jälkeen voi ikääntyneen työntekijän kohdalla työn vaatimustason ja yksilön toimintakyvyn välille syntyä ristiriitaa, mikäli omasta kunnosta ei pidetä huolta. Tutkimusten mukaan 45–54-vuotiaiden suomalaisten työkyky on heikentynyt jatkuvasti. Toisaalta fyysisellä aktiivisuudella ja hyvällä fyysisellä suorituskyvyllä on todettu olevan positiivisia terveysvaikutuksia. (Keskitalo & Mälkiä 2006, 58, 62.) Tutkimusten mukaan on myös näyttöä, että työttömän terveydentila vaikuttaa niin työllistymiseen kuin esimerkiksi

työttömyyden kestoon (Ahonen & Hiilamo & Mikkola 2012, 145). Työttömyyden pitkittyessä olisikin äärimmäisen tärkeää ylläpitää tai jopa parantaa omaa kuntoa ja toimintakykyä niin, että kun töitä myöhemmin tulisi tarjolle, oltaisiin edelleen sellaisessa kunnossa, että työelämään olisi työ- ja toimintakyvyn näkökulmasta mahdollista siirtyä.

Jos tarkastellaan suomalaisten taloudellista tilannetta erilaisten tilastoindikaattorien avulla, voidaan todeta, että monilla suomalaisilla on taloudellisia ongelmia. Tilastokeskuksen tulonjakotilaston mukaan pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvia henkilöitä oli vuonna 2015 631 000 ja pienituloisten osuus kotitalousväestöstä oli vajaa 12 prosenttia. Silti noin 25 prosenttia (651 000 kotitaloutta) kaikista kotitalouksista Suomessa koki vähintään pieniä toimeentulovaikeuksia. Vaikeuksia tai suuria vaikeuksia kokeneiden osuus pysyi lähes edeltävien vuosien tasolla ollen noin kahdeksan prosenttia (203 000 kotitaloutta). Pienituloisuusraja oli yhden hengen kotitaloudessa 14 230 euroa vuodessa eli noin 1 185 euroa kuukaudessa. Kaikkiaan pienituloisuus on ollut laskusuunnassa vuoden 2010 jälkeen siten, että pienituloisten lukumäärä on ollut alle 700 000 vuodesta 2012 eteenpäin. (Tulonjakotilasto 2015.)

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan vuoden 2015 maaliskuussa oli työttömiä 272 000 ja työttömyysaste oli noin 10 prosenttia, kun vuoden 2016 joulukuussa oli työttömiä 207 000. Kaikkiaan vuonna 2016 työttömyysaste oli keskimäärin 8,8 prosenttia, kun se vuonna 2015 oli 9,4 prosenttia. (Työvoimatutkimus 2016.) Sen sijaan vuoden 2012 alusta vaikeasti työllistyvän työvoiman määrä alkoi lisääntyä kehityksen jatkuessa edelleen pitkäaikaistyöttömyyden kasvaessa sekä myös työttömyyseläkkeelle pääsyn loppumisen takia. Yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli vuoden 2016 alussa 122 000, mikä on 3 800 enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Pitkäaikaistyöttömistä yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti työttömänä olleita oli 58 900, mikä on 6 900 enemmän kuin vuotta aiemmin. (Työnvälitystilasto 2016.)

Toimeentulotuen saaminen on työttömyyteen läheisesti liittyvä indikaattori, mikä kertoo yhteiskunnallisesta syrjäytymisuhasta, koska se on menojen ja tulojen perusteella määräytyvä harkinnanvarainen viimesijainen tuki. Vuonna 2015 toimeentulotukea saavista kotitalouksista noin 72 prosentilla oli yhtenä muuna tulonlähteenä asumistuki ja noin 44 prosentilla työmarkkinatuki tai peruspäiväraha. Pitkäaikaistyöttömyyden lisääntymisen seurauksena toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä kasvoi 2,2 prosenttia ja henkilöiden määrä 1,8 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Toimeentulotukea myönnettiin 400 225 henkilölle ja 259 010 kotitaloudelle. Kokonaan uusien kotitalouksien määrä oli noin 28 prosenttia. Väestöstä runsas 7 prosenttia sai toimeentulotukea. Kuvassa 1 kuvataan toimeentulotuen kehitystä 1990-luvun alusta alkaen. (Toimeentulotuki 2015.)



Kuva 1. Toimeentulotuki 1990–2015

Hyvinvoinnin mittaamista ja tutkimusta voidaan kaikkiaan tehdä hyvin monesta näkökulmasta. Esimerkiksi onnellisuus ja elämänlaatu ovat viime aikoina yleistyneitä tutkimussuuntia. Muita subjektiivisen hyvinvoinnin osatekijöitä ovat esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttaminen. Objektiivisen hyvinvoinnin tekijöinä pidetään usein terveyttä, elinoloja ja toimeentuloa. Subjektiivisen ja objektiivisen hyvinvoinnin tekijät vahvistavat toinen toisiaan. Hyvä terveys ja elinolot sekä turvattu toimeentulo heijastuvat subjektiiviseen hyvinvointiin ja tietty perustarpeet tyydyttävä minimielintaso on välttämätön ehto sille. (Inkeroinen & Rasinkangas & Kyheröinen 2008, 6; Moisio ym. 2008, 14; Vaarama ym. 2014b, 22.) Tässä pro gradu -tutkielmassa hyvinvointi käsitetään tämän pohjoismaisen hyvinvointitutkimusperinteen mukaisena. Tällöin hyvinvointi jaotellaan resursseihin perustuvaan eli objektiiviseen ja hyvinvoinnin kokemukseen perustuvaan eli subjektiiviseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa mitataan subjektiivista hyvinvointia mm. koetun terveyden muutoksena.

Kunnallista sosiaalipolitiikkaa linjaavan kokoomateoksen mukaan terveyden edellytyksiä ja terveellisten elintapojen mahdollistamista tulisi tukea sellaisin keinoin, jotka vaikuttaisivat mm. vähän koulutettujen ja pienituloisten keskuudessa. Erityisesti huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevia pitäisi saada palvelujen piiriin. Teknisten innovaatioiden rinnalle kaivataan sosiaalisia innovaatioita. (Kananoja & Niiranen & Jokiranta 2008, 78, 83–84.) Myös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, jota konkretisoitiin kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–

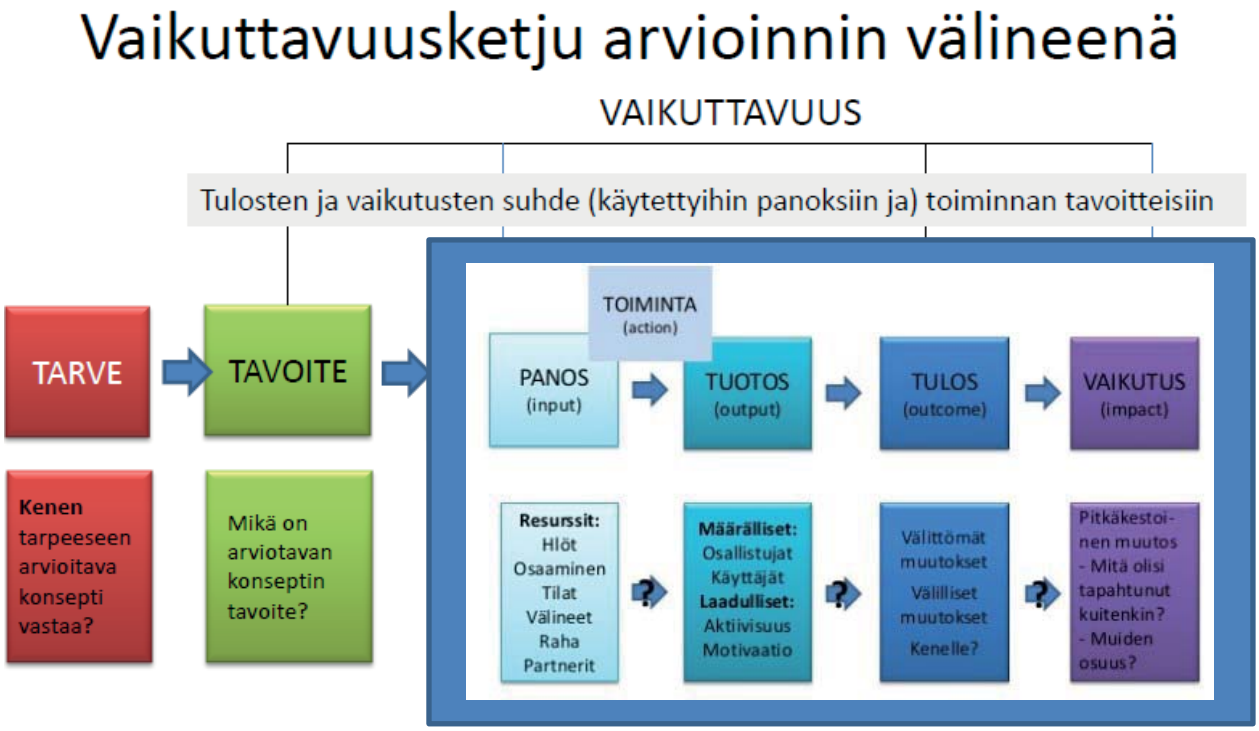
2011, tavoiteltiin terveyden eriarvoisuuden vähentämistä. Toimintaohjelman loppuraportissa linjataan, että hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan kaikkien hallinnonalojen toimia ja yhteistyötä. Sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi universaaleja kaikille tarjottavia palveluja pitäisi täydentää heikommassa asemassa oleville kohdennetuilla palveluilla. Erityisesti terveydelle haitallisia elintapoja omaavissa väestöryhmissä tulisi tukea terveellisiä elintapoja ja edellytyksiä tehdä terveellisiä valintoja. Erityisesti tulisi vaikuttaa eriarvoisuuden syytekijöihin, jolloin terveyserot nähdään sosiaalisen eriarvoisuuden ilmentymänä ja jolloin vaikutetaan mm. mahdollisuuksien tasa-arvoa lisäämällä. Kunnissa kaivataan esimerkkejä ja hyviä käytännön toimenpiteitä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen työvälineiksi hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen tueksi ja myös uudentyyppisille innovaatioille olisi tilausta. (Rotko & Kauppinen & Mustonen & Linnanmäki 2012, 34–37: Rotko & Hannikainen-Ingman & Murto & Kauppinen & Mustonen 2014, 92, 95–96.)

Turun kaupungissa eräänlaisena sosiaalisena uudentyyppisenä innovaationa kehitetyn Kimmoke-rannekkeen avulla pyritään vaikuttamaan juuri sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevien kaikkein vähävaraisimpien turkulaisten mahdollisuuteen elää mielekästä ja aktiivista elämää tukemalla osallistumista liikunnan ja kulttuurin harrastamiseen. Tavoitteena on ollut, että mm. nykyisten sisäänpääsymaksujen ollessa melko korkeita, kenelläkään varojen puute ei olisi esteenä harrastaa ja osallistua siten, kuin taloudellisesti paremmin toimeentulevilla nyky-yhteiskunnassa on varaa osallistua ja toteuttaa itseään monin eri tavoin. Kimmoke-rannekkeen suunnitteluvaiheessa ajateltiin, että perinteisen vähimmäisturvasta huolehtimisen ”leivän” lisäksi halutaan tarjota myös ”sirkushuveja”. Näin mahdollistetaan Maslowin tarvehierarkian ylin taso ”itsensä toteuttamisen tarpeiden tyydytys” eikä tyydytetä vain alempia fysiologisia perustarpeita (Allardt 1976, 41, 52). Näin esimerkiksi toimeentulotukea saavien olisi mahdollista osallistua ja harrastaa, kun tiedossa on, että heidän nykyiset varat eivät tahdo riittää kuin välttämättömään elämiseen. Rannekkeen avulla pyritäänkin vaikuttamaan tuloeroihin liittyviin terveyseroihin ja toivotaan, että pienituloisten hyvinvointia saataisiin nostettua lähemmäksi yleistä hyvinvoinnin tasoa. Kimmoke-ranneke otettiin käyttöön 1.9.2013 alkaen aiemmin lopetetun työttömien rannekkeen tilalle. Kimmoke-rannekkeen vaikutusten tutkimisen valitsin aiheeksi, koska toimin itse ranneketta suunnitelleen eri toimialojen välisen työryhmän vetäjänä. Rannekkeen tultua käyttöön, siitä alkoi heti tulla positiivista palautetta. Siksi olikin mielenkiintoista lähteä selvittämään, kuinka vaikuttava ranneke oikeasti on.

Tutkimuksen tuloksia kuvataan siten, että ensin kuvataan vastaajien taustatietona heidän sosioekonomista asemaa sekä käyttöönottoon liittyviä taustatietoja eli mihin tarpeeseen ranneketta on kehitetty. Sitten kuvataan yleisesti tunnetun vaikuttavuusketjun (kuva 2) mukaisesti varsinaisia tuotoksia, joina

pidetään rannekkeella aikaansaatuja kävijämääriä ja palvelutyytyväisyyttä. Tuloksina esitetään harrastus- ja virkistysmenoihin ja palveluihin osallistumisen mahdollistumista. Lopuksi kuvataan rannekkeella aikaansaatuja erilaisia vaikutuksia koetun hyvinvoinnin tekijöihin. Tutkimustuloksia on kaikkiaan esitelty laajasti, koska rannekkeen kehittämisessä yhteistyössä on ollut eri toimialojen edustajia, joita eri näkökulmat kiinnostavat eri tavalla. Sosioekonomisen aseman mukainen tarkastelu on ollut kuitenkin keskeisin näkökulma tulosten tarkastelussa.

Vaikuttavuudella yleisesti tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin panoksilla saadut tuotokset vastaavat asetettuja tavoitteita. Toisin sanoen sitä, mikä on tulosten ja vaikutusten suhde käytettyihin panoksiin ja toiminnan tavoitteisiin. Voidaan arvioida esimerkiksi, kuinka osoitetut verorahat edistävät väestön terveyttä. Vaikuttavuuden arviointi vaatii erityistä tietoa hyvinvoinnista, jonka avulla voidaan jotenkin kyetä arvioimaan millaista hyvinvointi olisi ollut ilman julkisen vallan toimenpiteitä. Yksittäisen toimenpiteen vaikuttavuuden arviointiin voidaan käyttää erilaisia menetelmiä: koeasetelmaa, vertailevaa tutkimusta, toistomittauksia tai simulointeja. (Moisio ym. 2008, 15; Tykkyläinen 2016.) Tässä tutkielmassa tehdään lähinnä toistomittauksen tapaan ns. retrospektiivisen tapaustutkimuksen keinoin arvio Kimmoke–rannekkeen käyttäjien hyvinvoinnin kokemuksista ennen ja jälkeen rannekkeen käyttöönottoa, erityiskiinnostuksena liikunnan harrastaminen. Lisäksi selvitetään, miten Kimmoke-ranneke toimii palveluna ja minkälaisia muita vaikutuksia on saatu käyttäjien omiin kokemuksiin perustuen. Lopuksi pyritään arvioimaan rannekkeella aikaansaatua vaikuttavuutta.



Kuva 2. Vaikuttavuusketju arvioinnin välineenä (Tykkyläinen 2016, mukailtu)

2 HYVINVOINTI

2.1 Yksilön hyvinvointi

Hyvinvointi on eri tavoin määritelty käsite tieteenalasta riippuen. Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa käsite liittyy hyvinvointipolitiikkaan ja sen suunnitteluun. Hyvinvoinnin operationalisoinnissa painottuvat tällöin tekijät, joihin voidaan vaikuttaa yhteiskuntapoliittisilla toimenpiteillä. Ihmisen käytössä olevat resurssit, esimerkiksi tulot, vaikuttavat täten hyvinvointiin. Toinen kvantitatiivisen hyvinvointitutkimuksen näkökulma on tällöin tarvenäkökulma. Ajatellaan, että ihmisillä on kaikille yhtäläisiä hyvin hitaasti muuttuvia perustarpeita. Tällöin hyvinvointia voidaan mitata toteutuneina tarpeiden tyydytyksenä. Tarve- ja resurssiperusteinen hyvinvoinnin mittaaminen eivät sulje toisiaan pois, koska useat resurssit (esimerkiksi koulutus) ovat itsessään tarpeita tyydyttäviä hyvinvointiarvoja ja välineitä toisten resurssien hankkimiseen. Mitattava hyvinvointi koostuukin usein samoista tekijöistä riippumatta siitä, mitä lähestymistapaa käytetään. Tarveperusteisten hyvinvointiteorioiden ongelma on se, että ei ole yhtä ja oikeaa käsitystä tarpeista tai niiden keskinäisistä painoarvoista tai tarvittavasta tyydytystasosta. Myös resurssiperusteisten teorioiden ongelmana on yksiselitteisesti määritellä, mitkä ovat mitattavia resursseja kenenkin kannalta sekä lisäksi niiden nopea muuttuminen yhteiskuntamuutosten myötä. Niissä ei myöskään huomioida ihmisten kasvua ja itsensä toteuttamisen tarvetta. Yhdistämällä tarve- ja resurssiperusteinen näkökulma voidaankin päästä parempaan lopputulokseen hyvinvoinnin mittaamisessa. Suomessa hyvin tunnettu Erik Allardtin hyvinvointikäsitteistö yhdistääkin edelliset lähtökohdat. Siinä hyvinvointi koostuu elintasosta (having), yhteisyyssuhteista (loving) ja itsensä toteuttamisen tarpeista (being). Vaikein mitattava asia näistä on itsensä toteuttaminen, jossa olennaista on mahdollisuus tekemiseen ja osallistumiseen. (Inkeroinen ym. 2008, 5, 22; Rasinkangas 2000, 5–6.)

Hyvinvoinnin määrittelyssä määrittäjästä riippuen hyvinvointi voi koostua monista tekijöistä, kuten terveydestä, toimeentulosta, asumisesta, puhtaasta ympäristöstä, turvallisuudesta, itsensä toteuttamisesta tai läheisistä ihmissuhteista. 1990-luvulta alkaen hyvinvoinnin subjektiivinen puoli on korostunut, koska huomattiin, että aineelliset elinolot eivät takaa hyvinvointia. Subjektiivisen hyvinvoinnin osatekijöitä ovat sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen ja onnellisuus. Objektiivisen hyvinvoinnin tekijöiksi on määritelty terveys, elinolot ja toimeentulo. Subjektiivisen ja objektiivisen hyvinvoinnin tekijät vahvistavat toinen toisiaan. Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa mitataan molempia puolia. (Inkeroinen ym. 2008, 6; Moisio ym. 2008, 14.)

Pohjoismaisen hyvinvointitutkimusperinteen tarkastelussa hyvinvointi voidaan jaotella subjektiiviseen ja objektiiviseen hyvinvointiin (Inkeroinen ym. 2008, 6):

Objektiivinen hyvinvointi	**Subjektiivinen hyvinvointi**
Työmarkkina-asema	Työmarkkina-aseman kokeminen
Tulotaso	Taloudellisen hyvinvoinnin kokeminen
Asumistaso	Asumistyytyväisyys
Terveys	Terveydentilan kokeminen
Sosiaaliset suhteet	Sosiaalisten suhteiden kokeminen
Yhteiskunnallinen osallistuminen	Yhteiskunnallisen vaikuttamisen kokeminen Itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien kokeminen

Vaarama & Moisio & Karvosen (2010a) mukaan hyvinvoinnin osatekijät on perinteisesti jaettu kolmeen kokonaisuuteen: terveys ja materiaalinen hyvinvointi sekä koettu hyvinvointi. Materiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan elinoloja ja toimeentuloa ja erojen tarkastelu pelkistyy tuloista johdettujen tuloerojen ja köyhyyden tarkasteluun yleisten elinolojen puutteiden lisäksi. Tulojen asema materiaalisen hyvinvoinnin tarkastelussa perustuu siihen, että palkkatyöhön perustuvassa yhteiskunnassa tulot ovat tärkein toimeentuloa ja elinoloja määräävä tekijä. Asumisen taso ja kestokulutushyödykkeiden saanti ovat pitkän aikavälin toimeentulon indikaattoreita. Toimeentuloon vaikuttavat myös tulojen lisäksi menot eli tarpeet, jotka tuloilla tulee kattaa. Puutteellisia tai riittämättömiä voimavaroja välttämättömiksi katsottuihin tarpeisiin tarkastellaan toimeentulon ongelmina usein köyhyyden kautta. Talouden mittareiden pitämistä väestön hyvinvoinnin mittareina on kritisoitu erityisesti siksi, että tietyn elintason jälkeen kansantuotteen kasvu ei enää lisää väestön koettua hyvinvointia. Kun elintasolla on turvattu perustarpeiden tyydytys, näyttää sen jälkeen olevan merkityksellistä terveys ja koetun hyvinvoinnin tekijät. Tällaisia ovat esimerkiksi ihmissuhteet ja osallisuus, mielekäs tekeminen, ympäristö, arvonanto sekä oikeudenmukaisuus yhteisössä. Suomessa kansantuote saavutti 1960-luvun loppupuolella tämän rajan. (Emt., 11–12; Moisio ym. 2008, 16–17, 26.)

Koettu hyvinvointi eroaakin monin tavoin materiaalisesta hyvinvoinnista. Ihmisten tyytyväisyyttä elämään määrittävät terveys ja materiaalinen elintaso, mutta myös oletus siitä, millainen hänen terveys ja materiaalinen elintasonsa tulisi olla. Esimerkiksi ikääntyneet kokevat usein terveytensä hyväksi, vaikka heillä olisikin iän tuomia vaivoja. Niukoissa elinoloissa taas voidaan kokea tyytyväisyyttä, mikäli ei tiedetä paremmasta tai se vastaa ympäröivän yhteisön elintasoa. Tämä johtuu siitä, että yleensä ihminen vertaa asemaansa siihen yhteisöön ja sen odotuksiin, jossa hän elää. Tämän vuoksi myös yhteiskunnan varakkaat ovat aina keskimäärin tyytyväisempiä kuin saman yhteiskunnan vähäosaiset. Psykologisten tutkimusten mukaan ihmisillä tiedetäänkin olevan luontainen kyky arvi-

oida ja tunnistaa kaikessa kanssakäymisessään asemansa sosiaalisessa hierarkiassa. Sosiaalinen hierarkia hyväksytään, mikäli kanssakäyminen tapahtuu vastavuoroisuuden ja oikeudenmukaisuuden hengessä. Koetun hyvinvoinnin tutkimus on selvimmin operationalisoitu elämänlaadun tutkimisena, jossa hyvinvointia lähestytään yksilön (objektiivisten tai koettujen) elinolojen ja subjektiivisen hyvinvoinnin välisenä vuorovaikutuksena. Elämänlaadun tutkimuksessa ihmisen kokemus hyvinvoinnista ja elämänlaadusta perustuu kokonaisvaltaiseen arvioon omasta elämästä ja sosiaalisesta tilanteesta, jota terveys ja toimeentulo muovaavat ja raamittavat. Kattavan kuvan saaminen hyvinvoinnista edellyttääkin monipuolista tarkastelua, jossa erilaisia sosioekonomisia mittareita yhdistetään yksilöiden omiin kokemuksiin ja arvoihin. (Vaarama ym. 2010a, 13–14.)

2.2 Hyvinvoinnin mittaaminen

Hyvinvointitutkimuksen peruskysymys on, mikä ja mitä on hyvä elämä. Riippumatta tutkimuksen teoreettisesta suuntautumisesta, keskeistä on pohdinta siitä, onko olemassa yksi universaali, ehkä evolutiivisesti valikoitunut kaikkien jakama hyvä elämä vai mahdollisesti monia erilaisia ja kulttuurisidonnaisia hyviä elämiä. Toisten tutkijoiden mielestä hyvää elämää ei voi monikulttuurisessa maailmassa määritellä, kun toisten mielestä kulttuurisista eroista huolimatta hyvässä elämässä on kaikilla ihmisillä yhteisiä henkisen autonomian ja terveyden kaltaisia tarpeita. Hyvinvointi on kaikkiaan tunnistettu moniulotteiseksi ilmiöksi, mutta jota monet tilastollisesti suuntautuneet hyvinvointitutkijat ovat pyrkineet tiivistämään yhteen ulottuvuuteen tai indikaattoriin. (Saari 2011, 11–12, 15.) Hyvinvointitavoitteiden saavuttamista on tyypillisesti arvioitu jo 1900-luvun alkupuolelta mittaamalla kansantuotteen kehitystä (Vaarama & Siljander & Luoma & Meriläinen 2010b, 127). Varsinaisen hyvinvointitutkimuksen ensimmäisessä aallossa 1960- ja 70-luvuilla pyrittiin kehittämään sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmiä, jolloin korostui köyhyyden ja puutteen mittaaminen ja paikallistaminen yhteiskunnassa. Erityisesti Pohjoismaissa kerättiin laajoja indikaattoripohjaisia mittaristoja väestön elinolojen ja hyvinvoinnin kehityksen seuraamiseksi. Indikaattoreita rakennettiin pääosin resurssiteoreettisesta näkökulmasta. Niillä kuvattiin mm. elinoloja, tuloja ja erilaisia mitattavia voimavaroja, joiden ajateltiin mahdollistavan ihmisten haluaman elintason ja elämänlaadun. Hyvinvointitutkimuksen toisessa aallossa 1990-luvun lopulla asiasta kiinnostuttiin globaalisti, jolloin kehitettiin kokonaisia indikaattoripankkeja. Toisessakin aallossa elinolot ja aineellinen hyvinvointi ovat vielä dominoineet, mutta yhä enemmän on kiinnostuttu myös hyvinvoinnin subjektiivisesta puolesta. Tämä johtuu siitä, että hyvätkään aineelliset elinolot eivät takaa hyvinvointia ja hyvinvoinnin tiedetään riippuvan elin-

olojen lisäksi yksilön kyvyistä, mahdollisuuksista ja mieltymyksistä toimia hyvinvointinsa rakentamiseksi. Esimerkiksi ongelmat yksilön terveydessä tai perhesuhteissa voivat rajoittaa hyvinvoinnin kokemusta. (Moisio ym. 2008, 16–17.)

Parin viime vuosikymmenen aikana on koetun elämänlaadun tutkimus voimistunut. Tällöin huomio kohdistetaan yksilön objektiivisten elinolojen ja subjektiivisen hyvinvoinnin väliseen vuorovaikutukseen. Elämänlaatua käytetäänkin yhä yleisemmin subjektiivisen hyvinvoinnin mittaamisessa niin terveydenhuollon vaikuttavuuden kuin väestötason tutkimuksissa. Tällöin aineellisen elintason lisäksi on tärkeää tutkia koulutusta, sivistystä, kulttuuria, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä ympäristöarvoja. (Vaarama ym. 2010b, 127.) Elämänlaadun tutkimiselle ei ole yhtä teoriapohjaa ja riippuukin tutkimusnäkökulmasta, millaista määritelmää käytetään. Usein käsite rinnastetaan koetun hyvinvoinnin käsitteeseen tai sen yläkäsitteeksi. Kokonaisvaltaiset elämänlaatuteoriat pyrkivät mittaamaan niin objektiivista kuin subjektiivista hyvinvointia, jolloin koettu hyvinvointi ja terveys, psyykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, mielekäs tekeminen, aineelliset elinolot sekä elinympäristön laatu ovat kiinnostuksen kohteina. Nämä ovat toimintakyvyn, osallisuuden ja yhteisöön kuulumisen sekä mielekkään elämän kannalta oleellisia asioita. WHO:n määritelmän mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan ”yksilön arviota elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa missä hän elää, ja suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muille hänelle merkityksellisiin asioihin”. Ihmiset peilaavat siis omaa elämänlaatuaan muiden samaan viiteryhmään kuuluvien elämänlaatuun. (Vaarama ym. 2014b, 22–23.)

Vaikka elämänlaadulle ei ole yhtä yleismääritelmää, tutkijat sisällyttävät siihen aineellisen hyvinvoinnin, läheissuhteet, terveyden ja toimintakyvyn, psyykkisen, emotionaalisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin sekä käsityksen itsestä. Se on eräänlainen objektiivisten elinolojen ja subjektiivisen arvion funktio. Siihen sisältyy fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja elinympäristöön ja elinoloihin liittyvät asiat. Nämä ovat samat kuin jo Allardt aikanaan lanseerasi having, loving ja being-teoriassaan. Käsitteet elämänlaatu, elämään tyytyväisyys ja koettu hyvinvointi voidaan käsittää myös synonyymeinä. Elämänlaatu on moniulotteisuuden lisäksi dynaaminen ilmiö, mikä vaihtelee yksilöllisesti elämänkulun ja elämäntilanteiden mukaan. (Vaarama ym. 2010b, 127–128.) WHO on kehittänyt elämänlaadun mittaamiseen laajan WHOQOL-100–mittarin ja siitä lyhennetyn WHOQOL-Bref version, mikä soveltuu väestötutkimuksiin. Mittarissa elämänlaatuun sisältyvät fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöulottuvuuteen liittyvät asiat, joita mitataan 26 kysymyksen avulla. Suomenkielinen versio tästä on kehitetty 2004 ja suomalaisen aikuisväestön hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksessa vuonna 2009 mittaria käytettiin ensimmäistä kertaa Suomessa väestötasolla. (Vaarama ym. 2010b,

128–129.) Vuonna 2013 käytettiin vastaavaa lyhyempää väestötutkimuksiin kehitettyä 8-muuttujaista EuroHIS-8-mittaria (Vaarama ym. 2014b, 21).

Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa on korostunut objektiivinen mittaaminen, jolloin yhteiskunnallisia toimenpiteitä voidaan suunnitella. Objektiivisen mittaamisen lisäksi yksilön subjektiivisia kokemuksia elämästä tulee myös mitata. Näin kunnioitetaan yksilöiden mielipiteitä ja saadaan lisää tietoa tutkimuskohteista. Subjektiivisella hyvinvoinnin tutkimuksella voidaan saada ihmisiltä luotettavaa ja toistettavissa olevaa tietoa sekä asioita heiltä itseltään kysymällä saadaan hyvinvoinnin sisällön määrittely ihmisille itselle. Kokemuksista voidaan muodostaa subjektiivisesti painottuneita hyvinvointi-indikaattoreita, joita voidaan tutkia objektiivisesti, kuten objektiivisiakin mittareita. (Rasinkangas 2000, 6.)

Koettu terveys on laaja-alainen terveysmittari, jota WHO on suosittanut käytettäväksi väestön terveyden ja sen muutosten tarkastelussa. (Keskimäki ym. 2002, 354.) Omaa terveydentilaa voidaan pitää diagnosoitua sairastavuutta selvästi laajempana. Siihen voidaan katsoa liittyväksi fyysisen terveydentilan ohella psyykkinen hyvinvointi, turvallisuuden tunne, yhteenkuuluvuus, sosiaalinen tuki sekä ylipäätään elämänlaatuun ja -hallintaan liittyviä asioita. Terveydentilan kokeminen onkin lähellä yksilön käsitystä omasta hyvinvoinnistaan kokonaisuutena. (Rasinkangas 2004, 60.) Lisäksi ihmisen omalla arviolla terveydentilastaan on vahva yhteys muihin yleisiin terveyden indikaattoreihin mm. pitkäaikaissairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Huolimatta aineellisen hyvinvoinnin lisääntymisestä koetussa terveydessä ei ole enää pariin vuosikymmeneen tapahtunut merkittävää muutosta. (Karvonen 2008, 97, 115.)

Työvoima-asema, olla työtön tai työssä, on todettu määrittelevän hyvinvointia myös monella tapaa. Työ itsessään toimii hyvinvoinnin lähteenä toimeentulon, sosiaalisten kontaktien sekä itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien kautta. Työttömyys sen sijaan on yhteydessä moniin vajeisiin yksilön hyvinvoinnissa. Toimintavalmiuksien viitekehyksen avulla voidaan tarkastella mm. tätä ihmisen hyvinvointia, mikä on riippuvainen hänen todellisista mahdollisuuksista tai toimintavalmiuksista toteuttaa itselle arvokkaaksi koettuja tekoja ja toimintoja. Teot ja toiminnot voivat olla esimerkiksi riittävä ravinto tai monimutkaisempia, kuten saada itsekunnioitusta. Yhteiskunnalliset olosuhteet sekä henkilökohtaiset, sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät vaikuttavat siihen, miten yksilö voi toteuttaa näitä toimintoja. Millaiset ovat hänen yksilölliset toimintavalmiudet eli todelliset mahdollisuudet olla ja tehdä, ovat hyvinvoinnin näkökulmasta tärkeintä. (Sen 1993, 31–32.)

Toimintavalmiuksien viitekehyksessä ei ole yksiselitteistä näkemystä, mitä asioita hyvinvointiin kuuluu. Viitekehystä onkin operationalisoitu monin tavoin. Hyvinvoinnin jakautumisen tutkimuksissa toiminnot ovat olennaisia mittauskohteita toimintavalmiuksien sijaan. Koetun hyvinvoinnin ulottuvuudet kuvaavat hyvinvoinnin tuloksia eli toimintoja. Hyvä koettu terveys voidaan nähdä sellaiseksi arvoksi tai toiminnoksi, johon ihmiset yleensä pyrkivät. Hyvä koettu terveys voidaankin nähdä sekä toimintona eli seurauksena toimintamahdollisuuksista, joita ihmisellä on, mutta toisaalta itsessään toimintavalmiutena, joka mahdollistaa muita asioita. Erot koetussa hyvinvoinnissa voivatkin kertoa toimijoiden erilaisista mahdollisuuksista saavuttaa arvokkaaksi kokemiaan toimintoja ja tekoja. Viitekehys ei myöskään selitä, mistä hyvinvointierot johtuvat, mutta sitä voidaan käyttää erojen tarkasteluun. Esimerkiksi kokemukseen hyvästä terveydestä vaikuttavat fyysisten tekijöiden lisäksi sekä mahdollisuus saada tarvittavia terveyspalveluja että mahdollisuus ylläpitää terveyttä esimerkiksi liikuntaharrastuksilla. Usein työttömille nämä ovat vaikeammin saavutettavissa, ja siten työttömillä heikko taloudellinen tilanne voi vaikutta mahdollisuuksiin saavuttaa myös muuta hyvinvointia. (Saikku & Kestilä & Karvonen 2014, 121, 122, 135.)

2.3 Subjektiivinen hyvinvointi määräytyy sosioekonomisen aseman mukaan

Terveyden sosiaaliryhmittäisiin eroihin on kiinnitetty huomiota jo sosiaalipolitiikan vaikutusvaltaisessa 1980 julkaistussa ”Black Reportissa” (Townsend & Davidson 1982; ref. Moisio ym. 2014, 11), jossa osoitettiin yleisen luulon vastaisesti, että sosiaaliryhmien erot ovat kasvaneet toisen maailmansodan jälkeen. Syitä sosiaaliryhmien välisiin terveyseroihin on siitä lähtien tutkimuksella haettu. Monimutkaiset mekanismit esimerkiksi psykososiaalisten tekijöiden roolista ja erojen kehittymisestä elämänkulun aikana ovat olleet kiinnostuksen kohteina. On toisaalta haettu sosiaalisen taustan eri tekijöiden mukaisia tilastollisia eroja, toisaalta yritetty luoda teorioita, joilla väestöryhmien välisiä eroja voitaisiin selittää talouden ja vallan epätasa-arvosta johtuviksi. WHO:n terveyden sosiaalisia määrittäjiä käsittelevä globaali komitea soveltaa tätä vallan eriarvon selitysmallia terveyserojen perimmäisenä syynä. Eriarvoisuuden lisäännyttyä suuret talousjärjestöt, kuten OECD, ovat ilmaisseet huolensa tuloerojen kasvusta ja sen seurauksista yhteiskuntarauhalle ja vakaalle talouskasvulle. (Moisio ym. 2014, 11.)

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimusta on toteutettu vuosittain vuodesta 1978 alkaen vuoteen 2014 saakka. Vuonna 2014 70 prosenttia kaikista suomalaisista koki oman terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna työttömistä vain 58 prosenttia koki terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi ja korkein se oli

ylemmillä toimihenkilöillä (79 prosenttia) ja opiskelijoilla (83 prosenttia). Koulutuksen mukaan tarkasteltuna pelkän perusasteen koulutuksen saaneista vastaava luku oli 58 prosenttia ja eniten koulutusta saaneilla 75 prosenttia. (Helldán & Helakorpi 2015, 49.) Kaikkiaan suomalaisten työikäisten terveyden kokeminen hyväksi on kohentunut 1970-luvulta alle 60 prosentista aina 1990-luvun puoliväliin asti siten, että kaksi kolmasosaa arvioi terveydentilansa hyväksi. Tämän jälkeen ei merkittävää muutosta enää ole tapahtunut. (Karvonen 2008, 115.)

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aikuisväestölle suunnattu kyselytutkimus, jota on toteutettu jo neljä kertaa vuodesta 2004 lähtien. Tutkimuksessa mitataan suomalaisten hyvinvointia ja hyvinvointipalvelujen käyttöä laajasti. Vuonna 2009 terveytensä koki hyväksi 73 prosenttia kaikista vastaajista ja huonoksi 7 prosenttia. Iän myötä koettu terveys heikkeni siten, että nuorimmissa aikuisissa (18–34-vuotiaat) noin 2 prosenttia ja yli 65-vuotiaista noin 13 prosenttia koki terveytensä huonoksi. Sukupuolten välillä ei ollut merkittäviä eroja. Tuloluokittain tarkasteltuna kahdessa suurituloisimmassa tuloluokassa terveydentilansa hyväksi kokeneiden osuus oli keskimääräistä suurempi (78 prosenttia) ja alhaisin (63 prosenttia) pienituloisimpien tuloluokassa. Pitkäaikaissairauksista kärsi hieman alle 30 prosenttia väestöstä ja sairastavuus oli muuten pienentynyt, mutta alimmissa tuloluokissa pitkäaikaissairauksien määrä oli kasvanut aikaisempiin tutkimuksiin nähden. Kaikkiaan suomalaisten terveyden myönteinen kehitys on jatkunut 2000-luvulla, mutta sosioekonomiseen asemaan liittyvä eriarvoisuus terveydessä on selkeästi lisääntynyt. Selkeästi on voitu osoittaa, että tulotasolla on vaikutus terveydentilaan ja sairastavuuteen. (Klavus 2010, 30, 41)

Vuoden 2013 HYPA-aineisto osoitti, että suomalaisten terveys on edelleen viimeisten kymmen vuoden aikana pääosin kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus ovat vähän koulutetuilla ja pienituloisilla yleisempiä kuin muilla ryhmillä. Ainoastaan stressikokemukset ovat yleisempiä eniten koulutusta saaneilla. Terveyserot ovat muuten säilyneet, mutta pitkäaikaissairastavuudessa ei ollut enää eroa perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneilla. Koetussa terveydessä sen sijaan erot kasvoivat vuoden 2013 tutkimuksessa. Terveytensä hyväksi koki edelleen noin 73 prosenttia vastaajista ja terveytensä huonoksi kokeneiden osuus oli sitä suurempi, mitä vanhemmasta ikäluokasta kyse. Korkea-asteen koulutuksen saaneilla koettu terveys oli selkeästi parempi kuin vähemmän koulutetuilla ja heidän koettu terveys on johdonmukaisesti parantunut viimeisellä kymmenvuotisjaksolla. Kun perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneilla koettu terveys ei ole muuttunut, koulutusryhmien väliset erot ovat siten kasvaneet. Koettu terveys oli yhteydessä myös tuloihin niin miehillä kuin naisilla. Esimerkiksi pienituloisimmassa viidesosassa oli kaksinkertainen määrä terveytensä enintään keskinkertaiseksi kokevia (n. 36 prosenttia) verrattuna hyvätuloisimpiin.

Kymmenen vuoden aikana terveydentilan kokeminen huonompana on pienituloisimpien kohdalla korostunut, koska muissa tuloryhmissä se on kohentunut. Pitkäaikaissairauksista kärsi vuonna 2013 noin neljäsosa ja viimeisellä kymmenvuotisjaksolla sairauksista kärsivien osuus pieneni erityisesti eläkeläisillä, mutta myös hieman 30–64-vuotiailla. Kaikissa koulutusryhmissä sairastavuus on koko ajan pienentynyt, mutta tuloluokkien vertailussa sairastavuus on sitä suurempaa, mitä pienituloisemmista kysymys. Alimmissa tuloluokissa pitkäaikaissairauksien määrä oli 1,7–1,8-kertainen suurituloisimpaan viidesosaan verrattuna siitä huolimatta, että kaikissa tuloryhmissä sairastavuus väheni. (Martelin & Murto & Pentala & Linnanmäki 2014, 62, 66–67, 75.)

HYPA-tutkimusten 2006 ja 2009 mukaan sairauden takia noin 70 prosenttia suomalaisista oli käynyt lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana. 2009 vähiten oli käyty kahdessa alimmassa tuloluokassa ja alueellisesti katsottuna Oulun ja Lapin lääneissä. Terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui alimpiin tuloluokkiin, kun pienituloisimmasta tuloviidenneksestä 47 prosenttia oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ja ylimmästä tuloviidenneksestä vastaava osuus oli vain 30 prosenttia. Sen sijaan yksityislääkärin ja työterveyslääkärin vastaanotoilla kävivät selvästi enemmän ylimmän tuloluokan ihmiset. Terveyskeskuslääkärikäyntejä tehtiin 1,0 käyntiä asukasta kohden vuodessa, kun vastaava luku vuonna 2006 oli 1,2. (Klavus 2010, 33–35.) Vuoden 2013 aineiston mukaan kaksi kolmasosaa (67 %) väestöstä kävi vuoden aikana lääkärissä. Kaikissa ikäryhmissä naiset käyvät miehiä enemmän ja tuloryhmittäin tarkasteltuna käyvät ylimmän tuloluokan edustajat enemmän lääkärissä. Terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui edelleen alimpiin tuloluokkiin. Koko väestöstä 38 prosenttia kävi terveyskeskuslääkärissä, mutta alimmasta tuloluokasta edelleen lähes puolet (46 %) oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Sen sijaan ylimmän tuloviidenneksen terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö oli vähentynyt ollen vain 25 prosenttia. Terveyskeskuslääkärikäyntejä tehtiin yhä noin yksi asukasta kohden vuodessa. (Nguyen & Seppälä 2014, 192, 196–197, 204.)

Turkulaisten hyvinvoinnin kehitystä ja jakautumista väestöryhmille on tutkittu Turun yliopiston sosiaalipolitiikan ja Turun kaupungin sosiaalikeskuksen laajana yhteistyönä 1990-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 2008 kaikista turkulaisista 60 prosenttia koki terveytensä hyväksi. Verrattuna tilanteeseen vuonna 1995 kehitys on ollut erityisen myönteistä vuoteen 1999 asti. Sen jälkeen koetussa terveydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia, mutta vuonna 2008 koettu terveys laski jostain syystä sekä miehillä että naisilla. Nuorista aikuisista (18–30-vuotiaat) noin 80 prosenttia, työikäisistä (31–49-vuotiaat) noin 70 prosenttia ja reilu 40 prosenttia ikääntyvistä työikäisistä (50–64-vuotiaat) miehistä ja jopa puolet naisista koki terveytensä hyväksi. Tarkasteltaessa koulutusryhmien välisiä eroja koetun terveyden erot olivat suurimpia ikääntyvien työikäisten ryhmässä. Mitä matalampi koulutus,

sitä huonompi on koettu terveys, kuten kansalliset tutkimuksetkin ovat osoittaneet. Lisäksi todettiin, että työssäkäyvät kokevat itsensä terveemmiksi kuin työttömät tai eläkkeellä olevat ikääntyvät työikäiset. Myös näissä turkulaisten hyvinvointia selvittäneissä tutkimuksissa toimeentulo-ongelmista kärsivillä todettiin huonompi koettu terveys. Vuonna 1995 niistä nuorista aikuisista (18–30-vuotiaat), jotka ilmoittivat terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi, jopa 40 prosentilla oli toimeentulo-ongelmia. Tilanne parantui vuoteen 1999 mennessä niin, että toimeentulovaikeuksia oli noin 17 prosentilla. Samaan aikaan kuitenkin huonosta terveydestä ja toimeentulo-ongelmista yhtä aikaisesti kärsivien määrä oli ollut pienessä kasvussa kohti vuotta 2008. Mielenkiintoista on kuitenkin, että vuonna 2008 lähes 20 prosenttia nuorista aikuisista kärsii huonosta terveydestä, mutta ei toimeentulo-ongelmista. (Inkeroinen ym. 2008, 21–22, 34, 39–40, 60, 78–79.)

HYPA-tutkimuksissa on mitattu myös koettua elämänlaatua moniulotteisesti vuodesta 2009 lähtien. Ensimmäisessä koko väestöä edustavassa elämänlaatututkimuksessa todettiin elämänlaadun olevan voimakkaasti sosiaalisesti valikoiva. Paras elämänlaatu oli työikäisillä työssäkäyvillä, parisuhteessa elävillä ja perheellisillä. Aktiiviset ikäihmiset ovat seuraavassa luokassa ja huonoin elämänlaatu oli vähän koulutetuilla ja työttömillä nuorilla, työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla ja tuloköyhillä toimeentulotuen asiakkailla sekä yli 80-vuotialla. (Vaarama ym. 2014b, 21.) Kaikkiaan 80 prosenttia suomalaisista koki yleisen elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi, kunnes saavutetaan 70. ikävuosi, jolloin osuus putoaa 73 prosenttiin. Yli 80-vuotiaista enää 57 prosenttia kokee elämänlaatunsa hyväksi. (Vaarama ym. 2010b, 131.) Myös vuonna 2013 elämänlaatunsa koki valtaosa ihmisistä hyväksi korkeaan ikään saakka. 18–69-vuotiaista keskimäärin 84 % koki sen hyväksi tai erittäin hyväksi ja tätä vanhemmilla elämänlaatu heikkeni vuoden 2009 tutkimuksen tapaan. Tutkimuksessa todettiin, että tyytyväisyys omaan terveyteen ja hyvä elämänlaatu liittyvät voimakkaasti yhteen. Samoin elämänlaatu oli voimakkaassa yhteydessä koettuun terveyteen ja toimintakykyyn. (Vaarama ym. 2014b, 26, 32, 38.)

Elämänlaadussa työmarkkina-asemalla todettiin olevan erittäin suuri merkitys, sillä työttömillä oli yli kaksinkertainen riski heikkoon elämänlaatuun. Myös köyhyys ja pienituloisuus heikensivät elämänlaadun ulottuvuuksia. (Vaarama ym. 2010b, 135.) Myös vuoden 2013 tuloksissa työikäisten elämänlaadun suurimmat riskitekijät olivat työkyvyttömyys ja työttömyys, sen jälkeen tulee toimeentulotuen asiakkuus. Työkyvyttömillä riski esimerkiksi heikkoon terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn on yli nelinkertainen ja riski psyykkisellä ulottuvuudella yli kolmikertainen verrattuna työssäkäyviin. Työllisiin verrattuna heidän tyytyväisyys terveyteen oli neljä kertaa ja yleinen elämänlaatu kolme kertaa heikompi. Työttömillä suurin heikon elämänlaadun, jopa kolminkertainen, riski liittyy ympäristöulot-

tuvuuteen eli rahojen riittävyyteen suhteessa tarpeisiin ja/tai tyytyväisyyteen asuinympäristöön. Fyysisen ulottuvuuden, terveyden, tarmon ja päivittäisen toimintakyvyn riski oli lähes kaksinkertainen ja psyykkisen, tyytyväisyys itseensä sekä sosiaalisen, tyytyväisyys ihmissuhteisiin, riski yli kaksinkertainen. Työttömyyden toimeentulo-ongelmien lisäksi tulos vahvistaa työttömyyden suuria heijastuksia niin itsetuntoon kuin ihmissuhteisiinkin. Toimeentulotuen saajilla eli tuloköyhillä oli yli kaksinkertainen riski elinolojen ongelmiin ja miltei kaksinkertainen riksi heikkoon fyysiseen toimintakykyyn. (Vaarama ym. 2014b, 28–30.) Kaikkiaan elämänlaatunsa koki erittäin hyväksi tai hyväksi 87 prosenttia työllisistä, mutta vain 71 prosenttia työttömistä. (Saikku ym. 2014, 128). Tutkimuksen johtopäätösten mukaan väestö voi keskimäärin paremmin, elämänlaadussa ja terveydessä yhteiskunta on jakautunut hyvä- ja huono-osaisten ryhmään, eikä tilanne ole yhtään muuttunut vuodesta 2009. Jakajana ei enää ole perinteinen köyhyys ja tietämättömyys, vaan osallisuus, jota työikäisillä määrittää vahvasti se, onko heillä töitä. (Vaarama ym. 2014b, 35.)

HYPA-tutkimuksissa todettiin AVTK-tutkimusten tapaan, että hyvinvoinnin muuttujissa, kuten koettu terveys, yksinäisyys, sosiaalinen osallistuminen ja taloudellinen hyvinvointi, oli tilastollisesti merkitsevä ero työttömien ja työllisten välillä vuonna 2013. Työttömistä noin 70 prosenttia koki terveytensä hyväksi, kun työllisistä yli 80 prosenttia koki niin. Lisäksi lyhytaikaisesti työttömänä olleista kolme neljäsosaa koki terveytensä hyväksi, kun pitkäaikaistyöttömistä niin koki vain kaksikolmasosaa. Yksinäisyyden kokemuksia oli työttömistä 32 prosentilla, kun työllisistä sitä oli noin 20 prosentilla. Työttömyyden kestolla ei ollut tähän vaikutusta. Sosiaalista osallistumista selvitettiin kerhoihin tai järjestöihin kuulumisella. Työllisten osallistuminen (59 prosenttia) oli selvästi työttömiä yleisempää (38 prosenttia). Taloudellisen hyvinvoinnin kokemisessa oli suurimmat erot. Menojen kattaminen oli työttömillä selvästi haastavampaa kuin työllisillä. Työttömistä 45 prosenttia koki menojen kattamisen olevan vähintään helppoa, kun työllisistä niin koki 77 prosenttia. (Saikku ym. 2014, 127–129.) HYPA-tutkimuksissa todettiin myös koetun yksinäisyyden ja heikon elämänlaadun välillä korrelaatiota. Lisäksi työttömyys altisti yksinäisyydelle ja miltei kaksinkertaisti riskin koetulle yksinäisyydelle. Toiseksi merkitsevin riskitekijä oli naissukupuoli, sen jälkeen tulivat ikä, leskeys ja eläkeläisyys tai työkyvyttömyys. Parisuhteen todettiin suojaavan yksinäisyydeltä. Yksinäisyyden todettiin kasautuvan sinne, missä voimavarat ovat jo ennestään koetuksella, ja yksinäisyydenkin takana on sosiaalinen eriarvo. Kaikkiaan kuitenkin noin neljä viidesosaa suomalaisista ei koe yksinäisyyttä lainkaan, mutta iän karttuessa yksinäisyyden kokeminen yleistyy 80. ja etenkin 85. ikävuoden jälkeen. (Vaarama ym. 2014b, 30–31.)

Yksinäisyydessä kyse on ahdistavasta ja epämiellyttävästä kokemuksesta, joka liittyy sosiaalisissa suhteissa koettuihin määrällisiin tai laadullisiin puutteisiin. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH) -tutkimusaineiston perusteella suomalaisesta aikuisväestöstä noin joka kymmenes on yksinäinen. Naiset ovat miehiä useammin yksinäisempiä ja yksinäisyyttä esiintyy eniten 20–29 ja yli 70-vuotiaiden ikäryhmissä. Yksinäisyyteen liittyy aikuisväestöllä merkittäviä terveydellisiä ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Yksinäisyys on vahvasti yhteydessä esimerkiksi masennukseen. Yksinäiseksi itsensä kokevista aikuisista peräti 70 prosenttia on kärsinyt vuoden sisällä masennuksesta ja joka neljännellä heistä on ollut itsemurha-ajatuksia viimeisen vuoden aikana. Yksinäiseksi itsensä kokevista noin puolet arvioi työkykynsä heikentyneen. (Toikka & Vuorjoki & Koskela & Pentala 2015, 9.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa on osoitettu hyvin merkittäväksi, miten ihmiset itse kokevat ja arvioivat omaa terveyttään ja hyvinvoinnin tekijöitä. Toinen havainto on, että sosioekonomiset erot määrittelevät koettuun terveyteen liittyvää sairastamista, kuten myös terveyspalvelujen käyttöä sekä hyvinvoinnin eri tekijöitä, kuten elämänlaatua, yksinäisyyttä, sosiaalista osallistumista ja taloudellista hyvinvointia. Eriarvoisuus hyvinvoinnissa ei ole vähentynyt, vaikka se on ollut sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeinen tavoite jo kauan. Sosioekonomiset erot niin terveydessä kuin elämänlaadussa ovat sen sijaan osittain vielä viime vuosinakin kasvaneet ja ovat todellinen haaste politiikalle. Sosioekonomisten terveyserojen jatkuvasti kasvaessa olisikin tärkeää yrittää aktivoida juuri alhaisimman tuloluokan väestöä oman terveydentilanteensa parantamiseen eri keinoin.

2.4 Toiminta- ja työkykykin yhteydessä sosioekonomisiin tekijöihin

Toimintakyvyllä tarkoitetaan valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. Määrittelytapa vaihtelee kuitenkin tieteenalan ja näkökulman mukaan. Toimintakykyä voidaan tarkastella niin fyysisten, psyykkisten kuin sosiaalisten ulottuvuuksien kautta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.) Suomalaisten terveydentilan paranemisen ohella väestön toimintakyky on parantunut parin viime vuosikymmenen aikana. Erilaisia liikkumisen, päivittäisten askareiden tai itsestä ja kodista huolehtimiseen liittyviä vaikeuksia kokee aiempaa pienempi osuus. Kuitenkin myös toimintakyvyssä näkyy ennallaan säilyneitä sosioekonomisen aseman mukaisia eroja. Tätä selittää osin lääketieteellinen terveydentila, joka yhä määrittää toimintakykyä keskeisesti. Toimintakykyyn vaikuttavat myös muut yksilön ja ympäristön ominaisuudet, kuten erilaisten palvelujen tarjonta. Toimin-

takyvyn käsite kattaa myös henkilöiden väliseen vuorovaikutuksen ja sosiaaliseen elämään osallistumisen. Toimintakyvyn myönteisen trendin jatkuminen on erityisen tärkeää tulevaisuudessa väestön koko ajan ikääntyessä, koska se voisi vähentää merkittävästi päivittäistä apua tarvitsevien määrää. (Martelin ym. 2007, 104, 115, 118.) AVTK-tutkimuksen mukaan työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma oli vuonna 2014 noin viidenneksellä kaikista kansalaisista. Sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna työttömistä niin koki 28 prosenttia, kun ylemmistä toimihenkilöistä ja opiskelijoista niin koki vain 12 prosenttia. Koulutuksen mukaan tarkasteltuna pelkän perusasteen koulutuksen saaneista työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma oli 34 prosentilla, kun eniten koulutusta saaneilla vain 17 prosentilla. (Helldán & Helakorpi 2015, 50.)

Myös työllä on ihmisille monia merkityksiä. Se on keskeinen aineellisen toimeentulon lähde, mutta samalla tärkeä sosiaalisen aseman määrittäjä, mikä antaa parhaimmillaan merkityksellisyyden kokemuksia ja mahdollistaa itsensä toteuttamisen. (Martelin ym. 2007, 116.) Työn vaikutus terveyteen on kaksisuuntainen siten, että se voi tukea terveyttä ja jopa pidentää elinikää. Toisaalta työn puute ja vaarallinen epähygieeninen työ voi olla terveydelle haitaksi. Työttömyyden ja työkyvyttömyyden välillä on monimutkaiset syy-seuraussuhteet. Joidenkin tutkimusten mukaan jopa 25 % yli 50-vuotiaista työttömistä on työkyvyttömiä. Työttömän riski tulla työkyvyttömäksi on 6–8-kertainen työssä käyviin verrattuna. (Rantanen 2005, 60.) Kaikkiaan koettu työkyky on Terveys 2000- ja Mini-Suomi -tutkimusten mukaan parantunut parin viime vuosikymmenen aikana. Koettu työkyky vaihtelee selvästi koulutuksen mukaan, kuten myös usko nykyisessä työssä jaksamiseen. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa on todettu lisäksi selkeitä sosioekonomisia eroja koulutustason mukaan. Työkyvyn koulutuserot liittynevät yleisiin sosioekonomisen aseman mukaisiin terveyseroihin, mutta koulutus voi vaikuttaa myös tuottamalla ammatillisia valmiuksia, jotka tukevat työn hallintaa, työssä jaksamista ja työhön motivoitumista. Yhteiskunnan kannalta työkyvyn ylläpitäminen ja edelleen kohentaminen on tärkeää sekä työvoiman saatavuuden että sosiaaliturvan rahoituksen kannalta. (Martelin ym. 2007, 116–118.)

Työkyvyn käsite on muuttunut yhteiskunnallisen kehityksen ja tutkimuksen myötä, eikä sille ole yhtenäistä määritelmää, koska se ei sijoitu millekään yksittäiselle tieteenalalle. Lääketieteellisesti painottuvasta määrittelystä on siirrytty työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tarkasteluun. Työkyvyn moniulotteisuus tekee myös sen arvioinnin ja kehittämisen erittäin haastavaksi. Nykyään työkyvyn arvioinnissa tärkeänä nähdään työkyvyttömyyden todistamisen sijaan jäljellä olevan työkyvyn painottamista ja sen vaalimista. Objektiivisen ja asiantuntija-arvioin kompleksisuuden vuoksi työkyvyn subjektiivisen arvion on osoitettu varsin hyvin ennustavan tulevaa työkykyä ja työkyvyttömyyttä. (Ilmarinen & Gould & Järvikoski & Järvisalo 2006, 17–21.)

Sosiaalipolitiikassa työkykyä arvioidaan usein työntekijän toimintakyvyn ja työn vaatimusten suhteena mm. sairausvakuutuskorvauksia tai työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettäessä. Monilta pitkään työttömänä olleilta puuttuu välitön kokemus sekä työn vaatimuksista että omasta selviytymisestä työyhteisössä. Erityisen haastavaa onkin työttömien työkyvyn arviointi, koska heiltä puuttuu työ ja sen myötä sellainen normi, johon toimintakykyä suhteutetaan. Koettu työkyky perustuu silloin erityisesti käsitykseen omasta kunnosta ja osaamisesta, ja työkyvyssä painottuu työssä selviytymisen ohella työhön selviytyminen eli työllistymiskyky. Tutkimuksissa käytetään usein mittareita, jotka perustuvat tutkittavan käsitykseen omasta työkunnosta ja joissa kohdehenkilö siten itse arvioi omaa työkykyään. (Ilmarinen ym. 2006, 28–32.)

Suomalaisen väestön työkykyä on tutkittu laajasti Terveys 2000-hankkeen aineistoon perustuen. Työkyvyn yhtenä osoittimena käytettiin asteikolle 0–10 sijoittuvaa työkykypistemäärää, mikä kuvaa tutkittavan omaa arvioita työkyvystä verrattuna elinaikaiseen parhaimpaan työkykyyn. Tutkimuksen tulokset vahvistivat pääpiirteissään aiempia tuloksia, joissa koetun työkyvyn on todettu heikkenevän iän myötä, eikä sukupuolten välillä ole suuria eroja. Työkykypistemäärän keskiarvo oli koko otoksen 30–64-vuotiailla naisilla 7,9 ja miehillä 7,6. Sen sijaan työssä käyvien keskiarvot olivat parempia. Naisten keskiarvo oli 8,7 ja miesten 8,6. Työelämän ulkopuolella olevien työkykypisteiden keskiarvoissa huonoimman pistemäärän antavat työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, noin 5. Työttömien pistemäärän keskiarvo oli noin 7,8. Työkyvyn ikäryhmittäinen heikkeneminen oli lievempää työssä käyvillä, mutta erityisesti yli 55-vuotiaiden kohdalla työssä käyvien ja koko väestön ero oli suuri. Myös koulutusryhmien mukaan erot koetussa työkyvyssä olivat selkeät. Esimerkiksi akateemisesti koulutettujen miesten työkykypistemäärä oli 8,7, kun alimman koulutusryhmän miehillä se oli 7,1. (Gould ym. 2006, 41; Gould & Polvinen 2006, 58–59, 61; Martelin & Sainio & Koskinen & Gould 2006a, 72, 346; Martelin & Sainio & Koskinen & Gould 2006b, 78.)

Terveys on yksi keskeinen työkykyyn vaikuttava tekijä, mutta hyvä terveys ei välttämättä merkitse hyvää työkykyä. Kuitenkin koetulla terveydellä todettiin em. tutkimuksessakin erittäin voimakas yhteys omaan arvioon työkyvystä työkykypistemäärien mukaan arvioituna. Terveytensä parhaaksi arvioineiden työkykypistemäärien keskiarvo oli 8,9, kun huonoimmalla koetulla terveydellä keskiarvo oli naisilla 3,6 ja miehillä 3,1. Tutkimuksen mukaan myös työkyky rajoittuu huomattavasti yleisemmin pitkäaikaissairaiden kuin terveiden keskuudessa, mutta terveilläkin työkyvyn ongelmat yleistyvät iän myötä. Samoin kaikki yleiset kansansairaudet heikentävät väestön työkykyä. Myös liikkumisen ja sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat voimakkaasti yhteydessä koettuun työkykyyn. (Koskinen & Martelin & Sainio & Gould 2006, 114, 133, 351; Sainio & Koskinen & Martelin & Gould 2006, 135, 149.)

3 OSALLISTUMINEN JA HARRASTAMINEN

3.1 Osallistumisen ja itsensä toteuttamisen merkitys

Sosiaalipolitiikassa erotetaan toisistaan usein ihmisen perustarpeet ja muut tarpeet. Tällöin perustarpeiden tyydyttäminen on olemassaolon tai hyvinvoinnin välttämätön edellytys, ja muut tarpeet eivät ole niin tärkeitä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 154). Doyalin ja Goughin (1991 ref. Järvikoski & Härkäpää 2011, 154) mukaan perustarpeen kriteeri täyttyy silloin, kun hyvän ja arvokkaan päämäärän tavoittelu on merkittävästi heikentynyt. Heidän mukaan kaksi perustavaa tarvetta ovat fyysinen terveys, elämän säilyttäminen ja toinen on autonomia, ihmisen mahdollisuus tehdä valintoja ja kantaa niiden seuraukset. Osallistuminen eli toiminnan mahdollisuus on autonomian kannalta keskeinen tekijä. (Emt., 154.) Esimerkiksi köyhyydestä johtuva osallistumismahdollisuuksien puute, vaikkapa uimahalli- ja kuntosalipalveluihin, aiheuttaa tällöin merkittävän puutteen niin fyysisen terveyden kuin autonomian kannalta.

Maslowin tunnetussa tarvehierarkiassa alemman tason tarpeiden tyydyttämistä pidetään ehtona korkeammalla tasolla ilmenevien tarpeiden ilmenemiselle. Järvikoski & Härkäpää (2011) pohtivat, onko Maslowin hierarkiarakenteeseen kohdistuneesta kritiikistä huolimatta edelleen niin, että esimerkiksi kuntoutuksessa ollaan taipuvaisia kiinnittämään huomioita niihin tarpeisiin, jotka edustavat hierarkian alimpia tasoja. Kuitenkin psykologisissa tutkimuksissa on luovuttu ajatuksesta, että pelkästään tarpeet suuntaisivat ihmisen monimutkaista toimintaa sellaisenaan. Ihmiset asettavat itselle erilaisia vaihtelevia tavoitteita ja tavoitteiden toteuttamiseen vaikuttavat monenlaiset tilannekohtaiset tekijät ja ihmisten resurssit. Inhimillisten tarpeiden oletus sisältyy kuitenkin moniin ihmisen motivoitumista koskeviin teorioihin. (Emt., 157.)

Kuntoutuksen yhdeksi tavoitteeksi nykyään on yleisesti asetettu sosiaalisen syrjäytymisen estäminen, mitä kääntäen voidaan kuvata sosiaalisen osallisuuden vahvistamiseksi. Sosiaalisella osallisuudella viitataan aktiivisen osallistumisen mahdollisuuteen niin, että yhteisön jäsenistä voi tulla aktiivisia ja keskenään tasavertaisia jäseniä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon tavoitteiden toteutumiseksi. Sosiaalisella osallisuudella pyritään yhteiskunnassa sellaisiin rakenteellisiin olosuhteisiin ja käytäntöihin, joissa syrjäytymisen riskit ovat pieniä ja mahdollisuudet osallistua hyviä. Makrotasolla kyse on kansalaisoikeuksien toteutumisesta, mesotasolla kyse pääsystä esimerkiksi ansiotyöhön, koulutukseen tai sosiaali- ja terveyspalveluihin ja mikrotasolla esimerkiksi osallisuudesta perhe-elämään ja erilaisiin sosiaalisiin verkostoihin. Osallistuminen on moniulotteinen prosessi, jonka tuloksena ihminen voi osallistua omalla panoksellaan ja hyötyä siitä jollain tavalla. Osallistuminen voi tarkoittaa

myös sitä, että on vapaa päättämään osallistuuko vai ei. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 147, 151.) Myös toimintakykynäkökulman mukaan hyvinvointia ei ole resurssien tosiasiallinen käyttö tai niiden käytöstä seuraava subjektiivinen hyöty, vaan resurssien yksilöille tarjoamat mahdollisuudet toimia. Mahdollisuudet vaikuttavat hyvinvointiin riippumatta siitä, miten yksilöt päättävät niitä käyttää. (Lagerspetz 2011, 102.)

Allardtin (1976) hyvinvointikäsitteistössä itsensä toteuttaminen (being) koostuu yksilön arvonannosta ja korvaamattomuudesta, mahdollisuuksista poliittiseen osallistumiseen sekä mielenkiintoisesta vapaa-ajan toiminnasta, jossa on mahdollisuuksia harrastaa ja ”tehdä asioita”. Itsensä toteuttaminen on hyvinvoinnin laaja ja tärkeä osa-alue, jonka mittaaminen on vaikeaa. Sitä on vaikea operationalisoida, koska mittaamalla yksilön saavutuksia tai maallisia tekoja, vain osa yksilöistä pyrkii toteuttamaan itseään saavutuksiensa avulla. Ihmisen mahdollisuuksia osallistua mielenkiintoiseen tekemiseen varsinaisen työn ulkopuolella ts. vapaa-ajalla pidetään merkittävänä, koska se antaa mahdollisuuden nauttia toiminnan tuloksista. Vapaa-ajan tähdentäminen ”tekemisessä” korostuu sen vuoksi, että muut itsensä toteuttamisen osatekijät, kuten ammatin arvonanto sekä korvaamattomuus liittyvät lähinnä työelämään. Vapaa-ajan tärkeys teollistuneessa yhteiskunnassa johtuu siitä, että yksilöillä on silloin mahdollisuus säilyttää ja ymmärtää oman toimintansa ja sen lopputuloksen välinen yhteys. Vapaa-ajan toiminta kattaa laajan alueen, ja on tärkeää myös ymmärtää, mitkä toiminnat ovat sekä yksilöllisesti tyydyttäviä että mahdollisesti myös resursseja, jotka auttaisivat parempaan elämään. Allardtin mukaan ”juopottelu, laiskottelu tai antautuminen joukkotiedotuksen väkivaltaromantiikan valtaan” voivat kyllä tyydyttää ihmisen tarpeita, mutta ne eivät luo resursseja. Vapaa-ajan käytöllä voi kuitenkin tutkimusten mukaan parhaimmillaan olla taloudellista, terveydellistä ja sosiaalista tuottoa ja vapaa-ajan toiminnat poistavat suuresti sosiaalista eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä. (Emt., 46–47, 50, 175–176.)

Turkulaisten hyvinvoinnin kehitystä seuranneissa tutkimuksissa on tiedusteltu vastaajien tärkeiksi pitämiä asioissa elämässään vuonna 1995 ja uudelleen arvojen muutosta vuonna 2008. Kaikkein eniten turkulaisille merkitsivät vuonna 1995 läheiset ihmissuhteet ja ystävät sekä asumiseen liittyvät arvot. Vapaa-ajan merkitys oli tällöin 5. sijalla. Vuonna 2008 kysymystä oli hieman muotoiltu, jolloin läheiset ihmissuhteet ja ystävät nousivat edelleen tärkeimmäksi asiaksi, ja luonto nousi 10. sijalta toiseksi. Lisäksi vapaa-ajan merkitys oli noussut asumista tärkeämmäksi ollen sijalla 3. Ajankohtaisen tiedon saanti oli molempina vuosina kärkisijoilla 4. ja 5. Liikuntaharrastusten merkitys nousi myös vuonna 2008 sijalle 6. Vuonna 1995 kysymys oli muotoiltu harrastusmahdollisuuksina, mikä sijoittui 11., toisaalta liikenne ja liikkumismahdollisuuksina, mikä oli sijalla 7. Kulttuuri, taiteet ja taideharrastukset olivat vuonna 1995 sijalla 17. ja vuonna 2008 sijalla 12. Kaikkiaan tuloksista on

nähtävissä elämän laadullisten arvojen nousu, sillä mm. vuonna 2008 uudet elämykset olivat tärkeämpiä kuin työ. Materiaalisen hyvinvoinnin ollessa kunnossa halutaan panostaa enemmän elämänlaatuun. Huomioitavaa näissä tutkimuksissa on kuitenkin se, että terveyttä ei ollut listassa kumpanakaan vuonna. Tutkijat olettavatkin, että sen todennäköisin sija olisi ollut 1., mikäli sitä olisi kysytty. (Inkeroinen ym. 2008, 15–17, 22.)

Tyytyväisyyttä itsensä toteuttamiseen selvitettiin kaikkina Turun yliopiston ja Turun kaupungin yhteistyön tutkimusvuosina 1995, 1999, 2003 ja 2008. Turkulaisten tyytyväisyys omiin toiminta- ja vaikutusmahdollisuuksiin elämässään oli yleisesti ottaen lisääntynyt. Erityisen tyytyväisiä on kaikkina tutkimusvuosina oltu muiden kanssaihmisten osoittamaan arvostukseen. Mahdollisuuksia käyttää omia erityistaipumuksia tai vaikuttaa omaa elämää koskeviin asioihin sekä myös tyytyväisyys elämään yleisesti on lisääntynyt, vaikka nousu oli tasaantunut vuosien 2003 ja 2008 välillä. Kaikissa edellä mainituissa erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä oli lähes 90 prosenttia vuonna 2008. Kaikkein tyytymättömämpiä turkulaiset ovat olleet yhteiskunnallisten asioiden vaikutusmahdollisuuksiinsa kaikkina tutkimusvuosina. Erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä oli vuonna 2008 hieman alle 60 prosenttia. Mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan oli kaikista ikäryhmistä erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä kaikkina vuosina keskimäärin 77–82 prosenttia vastaajista. Toisaalta työikäisissä 31–49-vuotiaista tyytyväisyyden taso oli selkeästi muita alempana vaihdellen eri vuosina noin 70–75 prosentin välillä. (Inkeroinen ym. 2008, 22–23, 64.) Tutkijat tarkastelivat vielä toiminta- ja vaikutusmahdollisuuksista tehdyn summamuuttujan avulla tyytyväisyyttä itsensä toteuttamiseen. Tyytyväisyys oli kasvanut opiskelijoita lukuun ottamatta kaikissa muissa väestöryhmissä. Työssä käyvien ja työttömien välillä todettiin selvä ero, kun työttömistä erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä oli vain noin puolet ja vastaavasti kokopäivätyössä olevista jo yhdeksän kymmenestä koki tyytyväisyyttä itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin vuonna 2003. Myös tulotasolla todettiin olevan selvä lineaarinen yhteys itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin. Mitä suuremmat tulot olivat, sitä paremmat mahdollisuudet olivat itsensä toteuttamiseen. (Rasinkangas 2004, 76–80.)

3.2 Taloudellinen hyvinvointi harrastamisen esteenä

Tutkimusten mukaan koulutuksen puutteen lisäksi toinen merkittävä syrjäytymistekijä on sellainen ”heikko taloudellinen tilanne, joka ei rajoitu ainoastaan tuloköyhyyteen, vaan voi merkitä sellaisten hyödykkeiden puuttumista, joita ilman ihmiset eivät voi osallistua yleisesti hyväksyttyyn elämänta-

paan (harrastukset, sosiaaliset verkostot, kulutusmahdollisuudet), ja joiden puute heikentää osallisuuden mahdollisuuksia vallitsevassa kulttuurissa ja ympäristössä, ja siten myös koettua elämänlaatua." (Kangas ja Ritakallio 2003, 52–54, Vaarama ym. 2010b, 144.)

WHO:n tilastojen mukaan liikkumattomuudesta on tullut 2000-luvulla neljänneksi yleisin kuolinsyy (WHO 2009, 10). Suomalaisista aikuisista joka kolmas ja nuorista joka toinen ei liiku terveytensä kannalta riittävästi. Liikkumattomuus jakaantuu niin Suomessa kuin muualla maailmaa epätasaisesti. Vain peruskoulutuksen käyneet liikkuvat vähemmän kuin ne, joilla on ylioppilastutkinto. (Mäkinen ym. 2012, 439.) Näitä liikunnassa esiintyviä sosioekonomisten ryhmien eroja ei ehkä olettaisi Suomessa olevan tasa-arvoisen koulutusjärjestelmän sekä yleisen liikuntaan kannustavan kulttuurin näkökulmasta. (Borodulin & Mäkinen & Prättälä 2010, 5–6). Koulutuksen mukaisten liikkumiserojen lisäksi myös työntekijäasemassa olevat tai pienet kotitalouden tulot omaavat liikkuvat vähemmän kuin korkeamman ammattiaseman tai tulot omaavat suomalaiset. Nämä erot liikunnassakin ovat säilyneet samanlaisina jo yli 20 vuotta. (Mäkinen ym. 2009, 188.)

Tomi Mäkinen (2010) on tutkinut väitöskirjassaan "Trends and Explanations for Socio-economic Differences in Physical Activity" liikunta-aktiivisuuden sosioekonomisten erojen trendejä ja selityksiä 1978–2002. Hän tarkastelee väitöskirjassaan kolmen eri Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän koko Suomen väestöä edustavan poikkileikkausaineiston avulla, miten liikkumattomuuden sosioekonomiset erot aikuisilla ovat selitettävissä lapsuuden elinoloilla. (Emt., 7.) Tutkimustulosten mukaan lapsuuden sosioekonomisilla tekijöillä oli vaikutuksia aikuisuuden koulutusryhmittäisiin eroihin liikkumattomuudessa. Vanhempien ammatti ja koulutus vaikuttavat nuoren koulutusuran valinnan lisäksi myös myöhempiin liikuntatottumuksiin. Vanhempien matala koulutus tai matala ammattiasema ennusti aikuisiässä liikkumattomuutta. Nuoruuden liikunnalla oli erilainen yhteys myöhempään liikunta-aktiivisuuteen riippuen henkilön koulutustaustasta. Nuoruudessa harrastettu kuntoliikunta (kuten pyöräily, uinti, lenkkeily) ennusti henkilöillä, joilla oli ylioppilastutkinto tai sitä korkeampi koulutus, aikuisiän vapaa-ajan liikuntaa. Kilpaurheilun harrastaminen sen sijaan ennusti niillä, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa, aikuisiän vapaa-ajan liikuntaa. Mäkisen tutkimuksen yhteenvetona todetaan, että koulutusura vaikuttaa liikunnalliseen elämäntapaan ja siten liikkumisessa esiintyviin sosioekonomisiin eroihin. Myös muut epäterveelliset elämäntavat kasautuivat vähemmän koulutetuille. Elämänkulkunäkökulmasta liikuntamyönteisillä elinoloilla lapsuudessa, monipuolisella liikunnalla nuoruudessa sekä liikuntaa tukevilla työpaikoilla ja muilla terveellisillä elintavoilla on liikunnallista elämäntapaa edistävä vaikutus. Yhteiskunnan, koulu- ja työympäristön tulisi myös aktiivisemmin tukea yksilön mahdollisuuksia, koska liikunnallinen elämäntapa ei täysin ole vain yksilön omista valinnoista johtuva. Mäkinen esittääkin väitöskirjansa johtopäätöksenä, että riippumatta kou-

lutuksesta, tulotasosta ja ammattiasemasta yhteiskunnan tulisi tukea tasa-arvoisia liikuntamahdollisuuksia. Koko elämän läpi jatkuvaa liikunnallista elämäntapaa tukevia elinoloja tulisi luoda erityisesti lapsuudessa. Lisäksi matalan sosioekonomisen taustan omaaville lapsiperheille tulisi tarjota edullisia liikuntamahdollisuuksia. Myös sellaisilla työpaikoilla, joissa on fyysisesti tai henkisesti kuormittavat työolot ja paljon vähän koulutettuja henkilöitä, tulisi liikunnan edistäminen huomioida paremmin. Yhtäläisiä mahdollisuuksia tulisi tarjota kaikille tulotasosta riippumatta. Erityisesti matalan koulutustason omaavilla sekä nuorilla ja nuorilla aikuisilla monipuolisen liikunnan edistäminen voisi kaventaa liikkumattomuuden sosioekonomisia eroja nykyisiä ohjelmia tehokkaammin. (Mäkinen 2010, 54, 56–57, 69–70; Mäkinen 2011, 56–58.)

Yksilöiden liikuntavalintoihin vaikuttavat erilaiset tarpeet, syyt, halut ja motiivit. Myös elinympäristö, edulliset lähiliikuntapalvelut ja liikuntataidot voivat vaikuttaa liikuntavalintoihin joko myönteisesti tai rajoittavasti. Lisäksi koko elämänkulun aikaiset fyysiset, psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät tulee huomioida, jotta liikkumattomuuden sosioekonomisten erojen taustalla olevia mekanismeja voi ymmärtää. (Kuh & Ben-Shlomo 2004; ref. Mäkinen 2011, 55.) Tutkimuksissa yleisimmiksi vapaa-ajan liikuntaa estäviksi tekijöiksi on todettu ajan, tahdonvoiman, ystävien tai sosiaalisen tuen puute, työn rasittavuus, epäesteettinen tai turvaton ympäristö, huono terveys tai toimintakyky sekä huonot sääolosuhteet. Vähemmän tiedetään, miten em. tekijät vaihtelevat eri sosioekonomisissa ryhmissä. Joissain tutkimuksissa on kuitenkin voitu osoittaa matalan sosioekonomisen aseman ryhmien liikunnan esteiksi taloudelliset vaikeudet, pelot kävellä yksin, liikuntavarusteiden puute, matalampi luottamus omiin kykyihin sekä sosiaalisen tuen puute. (Borodulin ym. 2015, 1–2.)

Suomalaisten laaja väestötutkimus kroonisten, ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä (FINRISKI) on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa toteutettu joka viides vuosi vuodesta 1972 alkaen. Vuoden 2002 tutkimuksessa toteutetusta liikunta-alaotoksen vastaajista selvitettiin työikäisten terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvien vastaajien (N= 2260) koettuja esteitä liikuntaharrastamiseensa. Suurin syy liikkumattomuuteen oli ajan puute (naisilla 58 % ja miehillä 56 %), seuraavana tuli motivaation puute (22 % ja 26 %), sitten sopivan seuran puute (19 % ja 16 %) ja neljäntenä kustannukset, joita raportoi noin kymmenen prosenttia sekä naisista että miehistä. Liikunnan korkeat kustannukset joko varusteissa tai pääsymaksujen korkeudessa olivat syynä matalimman tuloluokan edustajilla molemmilla sukupuolilla verrattuna korkeampiin tuloluokkiin sekä alle 35-vuotiailla verrattuna vanhempiin ikäluokkiin. Korkeat kustannukset olivat työttömillä miehillä jopa kolminkertainen ja työttömillä naisilla kaksinkertainen riski estää liikkumasta riittävästi. Lisäksi naisilla, jotka elivät parisuhteessa, mutta ei ollut lapsia sekä miehillä, jotka tupakoivat päivittäin, oli useammin esteenä liikunnan kalleus. Borodulinin ym. (2015) tutkimuksen tulokset osoittivat, että esteet liikkumiselle vaihtelevat hyvin paljon

myös suomalaisessa väestössä. Tärkeää onkin tunnistaa eri sosioekonomisten ryhmien eroja suunniteltaessa erilaisia väestön aktivointitoimenpiteitä. Erityishuomiota pitäisi kiinnittää matalan sosioekonomisen aseman omaavien, ylipainoisten ja tupakoivien liikkumisen esteisiin, koska heillä on suurin riski erilaisiin kroonisiin sairauksiin. Tutkimuksen johtopäätöksenä esitetään, että on tärkeää kiinnittää huomiota matalamman sosioekonomisen asemaan kuuluviin siten, että halvempia ja helposti saavutettavia liikuntamahdollisuuksia olisi kaikkien käytössä. Myös uusia innovatiivisia ratkaisuja kaivataan liikunnan edistämiseksi. (Borodulin ym. 2015, 1, 4, 7.)

Myös joidenkin 2000-luvulla tehtyjen kansainvälisten tutkimusten mukaan kustannuksilla on merkitystä liikunnan harrastamiseen. Esimerkiksi Australiassa 2003 tehdyn väestötutkimuksen mukaan kustannukset olivat esteenä kävelyä tai muuta kohtuukuormitteista rasittavamman liikunnan harrastamiseksi. Tutkijat pohtivat tämän johtuvan esimerkiksi ohjattuun liikuntaan tai joukkuelajeihin tarvittavien liikuntavarusteiden tai osanottomaksujen kalleudesta. (Salmon & Owen & Crawford & Bauman & Sallis 2003, 184, 186.) Myös uudemman australialaisilla tehdyn tutkimuksen mukaan erityisesti naisilla ja alle 65-vuotiailla todettiin rahan puutteen olevan este liikkumiselle. Sosioekonomisten tekijöiden mukaan ei kuitenkaan ilmennyt esteitä osallistua tyypilliseen australialaiseen tapaan kuntosaleille. (Thomas & Halbert & Quinn & Crotty 2012, 297.) Sen sijaan Englannissa matalamman tuloluokan edustajille tehdyssä tutkimuksessa varojen puute oli selkeä este organisoituun liikkumiseen osallistumiselle. Tutkijat kuitenkin pohtivat, että samaan aikaan niin monien esteiden vallitessa erityisesti naisten keskuudessa, kuten esimerkiksi lastenhoidon puute, tieto mahdollisuuksista minne osallistua, sosiaalisen tuen sekä itsetunnon ja taitojen puute liikunnassa voivat kuitenkin olla niin isoja esteitä, että tutkijat empivät olisiko pelkällä rahalla vaikutettavissa ihmisten liikkumiseen. Suosituksena annetaankin kehittää matalamman tuloluokan liikkumattomien aktivointia sosiaalisen markkinoinnin keinoin, jolloin selkeästi aloittelijoille on tehty oma hauska ja sosiaalisuutta ja ystävyyssuhteita tukeva tuote, jonka hinta on edullinen, se tarjotaan helposti saavutettavassa ja vetovoimaisessa paikassa sopivaan aikaan ja siitä vielä informoidaan kunnolla. (Withall & Jago & Fox 2011, 507.) Tutkimuksissa on myös osoitettu, että taloudellisesti vasta kehittyvissä maissa rahan puute on suurin liikuntaa estävä tekijä. Esimerkiksi Brasiliassa tehdyn tutkimuksen mukaan jopa 40 prosentilla rahan puute oli liikkumisen esteenä. Seuraavaksi suurin estävä tekijä oli väsymys (38 %). Tämän jälkeen tulivat seuran puute ja ajan puute (noin 32 %). Nämä havaitut esteet ovat selkeästi erilaisia ja esimerkiksi rahan puute selvästi korkeammalla tasolla kuin kehittyneiden maiden väestössä on havaittu. Tutkijat pohtivat osittain tätä selittävän, että monet brasilialaiset ajattelevat liikkumisen täytyvän tapahtua hienoilla urheiluklubeilla, eivätkä julkiset avoimet tilat ole kovinkaan liikkumaan houkuttelevia huonon kuntonsa vuoksi. (Reichert 2007, 515, 517–518.)

Turkulaisia koskevissa hyvinvointitutkimuksissa resurssien riittävyyttä mitattiin taloudellisten vaikeuksien kohtaamisella suhteessa erilaisiin asioihin. Tulosten perusteella vuonna 2008 noin 60 prosenttia turkulaisista nuorista aikuisista (18–30-vuotiaat), noin 40 prosenttia työikäisistä (31–49-vuotiaat) ja reilu 30 prosenttia kaikista ikääntyvistä työikäisistä (50–64-vuotiaat) oli joutunut karsimaan harrastus- ja virkistysmenojaan viimeisen vuoden aikana. Vuonna 1999 vastaavat luvut olivat nuoremmilla lähes 70 prosenttia, keski-ikäisillä 60 prosenttia ja vanhimmilla työikäisillä 50 prosenttia eli kehitys on kuitenkin kulkenut parempaan suuntaan. Kaikkiaan näytti siltä, että harrastus- ja virkistysmenoista luovutaan kaikissa ikäryhmissä ennen kuin tingitään terveydenhoidosta. Huomionarvoista oli myös se, että ikääntyvillä työntekijöillä oli taloudellisia vaikeuksia ikäryhmistä vähiten ja nuorilla aikuisilla oli yleistä kuukausitulojen epäsäännöllisyys, mikä näytti helpottavan keski-ikään tullessa. Jopa absoluuttisen köyhyyden ilmentymää nälässä olemista esiintyi pahimmillaan vuonna 2003, lähes 20 prosentilla nuorista aikuisista. Vuonna 2008 se ei ollut täysin kadonnut vieläkään, sitä oli runsaalla 10 prosentilla. Ikääntyvien työntekijöiden kohdalla on huomionarvoista, että yksin asuvat olivat kaikkiaan taloudellisesti heikoimmassa tilanteessa. Erityisesti yksin asuvien miesten kohtaamat taloudelliset vaikeudet olivat lisääntyneet 2000-luvulla. Tämä näkyi mm. siten, että vuonna 2008 noin 40 prosenttia oli tinkinyt terveydenhuollosta, reilu viidennes nähnyt nälkää ja vapaa-ajan menoista tinkimiseen oli joutunut noin puolet. Yksin asuvien naisten kohdalla tilanne oli pysynyt jokseenkin samana koko tutkimusjakson ajan. Heistäkin noin puolet oli joutunut tinkimään vapaa-ajan menoistaan. (Inkeroinen ym. 2008, 33, 53–54, 73–74.)

3.3 Yhteiskuntapolitiikan haasteena heikommassa asemassa olevien tukeminen osallistumaan ja harrastamaan

Nykyään esimerkiksi EU:ssa kehittyvä hyvinvointipoliittinen visiointi- ja ennakointityö kohdistaa huomion väestön käyttäytymiseen ja sen muuttamiseen, ja siten samalla pois perinteisistä sosiaalipoliittisista kysymyksistä. Pisimmälle tätä ajattelua on kehittänyt brittiläinen sosiologi Anthony Giddens (2006; ref. Moisio ym. 2008, 17–18.), joka on esittänyt, että hyvinvointipolitiikan tulisi uudistua siten, että perinteisten pahojen vastustamisen tilalla tulisi ajaa ns. ”sosiaalisia hyviä” asioita. Giddensin mukaan suoranainen puute ja epäinhimilliset elinolot ovat poistuneet ja tilalle ovat tulleet sosiaalisten ja terveysongelmien taustalla olevat uudet ongelmat, kuten syrjäytyminen ja elintasosairaudet. Esimerkiksi ihmisten voimakas individualisoituminen ja elämäntyylien moninaistuminen haastavat hyvinvointipolitiikan, minkä päätavoitteeksi on määritelty sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen. (Emt., 2008, 17–18.) Tämä ns. positiivisen hyvinvoinnin politiikka tarkoittaa, että mm. sairauksien vähentämisen sijaan tulisi tavoitella terveyttä, köyhyyden poistamisen sijaan tulisi tavoitella itsenäistä toimeentuloa ja vaurastumista, tietämättömyyden hävittämisen sijaan tavoitella elinikäistä

oppimista, kurjien asuinolojen sijaan pitäisi kiinnittää huomio asuinympäristön turvallisuuteen ja virikkeisyyteen sekä työttömyyden sijasta asettaa työelämän kehittäminen, kuntoutus ja aktivoiva sosiaalipolitiikka tavoitteeksi. (Moisio ym. 2014, 13.)

Työttömien aktivointipolitiikkaan liitetäänkin nykyään työllisyys- ja sosiaalipolitiikan perinteisten tavoitteiden mukaisen työttömien työhön osallistumisen lisäksi terveys- ja koulutuspolitiikkaa. Ensisijaisena tavoitteena on edelleen työllistyminen ja sosiaalietuuksilta poistuminen, mutta työllistymistä tukevilla toimilla nähdään olevan myös hyvinvointiin liittyviä tavoitteita. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Suomalaisten hyvinvointitutkimusaineistojen mukaan pitkäaikaistyöttömiksi jäävät ne työttömät, joilla on eniten työllistymistä estäviä tekijöitä. Työttömien mahdollisuuksia saavuttaa hyvinvointia tulisikin kaikin tavoin pyrkiä edistämään esimerkiksi työttömien terveystarkastuksilla ja -palveluilla, joilla voidaan edistää pääsyä kuntoutukseen, ja siten tukea heidän toimintavalmiuksiaan. Toimintavalmiuksien näkökulmasta aktivointipolitiikalla ei siis tulisi rajata, vaan tulisi ensisijaisesti lisätä työttömien mahdollisuuksia toimia omassa elämäntilanteessaan ja siten pyrkiä edistämään mahdollisuuksia saavuttaa hyvinvointia. (Saikku ym. 2014, 121, 135–136.)

Kunnallista sosiaalipolitiikkaa linjaavien sosiaalipolitiikan asiantuntijoiden Kananoja & Niiranen & Jokiranta (2008) mukaan terveyden edellytyksiä ja terveellisten elintapojen mahdollistamista tulisi tukea sellaisin keinoin, jotka vaikuttaisivat mm. vähän koulutettujen ja pienituloisten keskuudessa. Erityisesti huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevia pitäisi saada palvelujen piiriin. Sosiaalialan tehtävärakenteiden uudistamisen kautta tullut palvelukentän laajeneminen edellyttää hyvää neuvontaa ja ohjausta yhteiskunnan eri toimintoihin eikä pelkästään sosiaalipalvelujen piiriin. Teknisten innovaatioiden rinnalle kaivataan sosiaalisia innovaatioita. Eri palvelujen yhteen nivominen räätälöidysti on olennaista osaamista. (Emt., 78, 83–84.) Myös uudistunut sosiaalihuoltolaki edellyttää kunnallisilta sosiaaliviranomaisilta laaja-alaista yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi neuvontaa ja ohjausta järjestäessään. Viranomaisten on seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Sosiaalityön on oltava luonteeltaan muutosta tukevaa työtä, jolla lievennetään elämäntilanteen vaikeuksia, sekä vahvistetaan toimintaedellytyksiä ja osallisuutta. Myös sosiaaliohjauksen tavoitteena on hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen vahvistamalla elämänhallintaa ja toimintakykyä. Myös sosiaalisella kuntoutuksella pyritään sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseen ja osallisuuden edistämiseen. Sosiaalihuoltoa tulee toteuttaa yhteistyössä eri toimijoiden kanssa siten niin, että tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. (Sosiaalihuoltolaki 2014.)

Samoin 2010-luvun alun uuden terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa sisällyttäen sitä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Terveysneuvonnalla ja terveystarkastuksilla tulisi tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Myös terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Terveydenhuoltolain mukaan kuntien tehtävänä on vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja eriarvoisuutta. Myös sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa painotetaan, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen pitää huomioida kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja että terveyserojen kaventaminen ja eriarvoisuuden vähentäminen ovat eri hallinnonalojen yhteisiä tehtäviä. Lisäksi toimia tulee kohdentaa kaikille tarkoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi haavoittuvassa asemassa oleville, esimerkiksi pienituloisille, opiskelu- ja työelämän ulkopuolella oleville ja ikääntyville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Myös liikunta- ja kulttuuripolitiikan saralla korostetaan nykyään tasa-arvoisesti kaikkien eri väestöryhmien saatavissa ja saavutettavissa olevia palveluita sekä osallisuutta ja harrastusmahdollisuuksia. Esimerkiksi hallituksen yhden kärkihankkeen tavoitteena on parantaa taiteen ja kulttuurin saavutettavuutta ja saada taide- ja kulttuurilähtöiset hyvinvointipalvelut vakiinnutetuiksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja hyvinvoinnin seurantaa (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017). Liikuntalaissa on koko sen 35 vuoden voimassaoloajan ollut jonkinlainen kirjaus tasa-arvosta, mutta vasta vuoden 2015 lakiuudistus vauhditti konkreettista tasa-arvo- ja yhdenvertaisuustyötä. Liikuntalain tavoitteeksi on kirjattu mm. edistää eri väestöryhmien mahdollisuuksia liikkua ja harrastaa liikuntaa sekä eriarvoisuuden vähentäminen liikunnassa. Lakiuudistuksen perusteluissa tunnistetaan liikunnan eriarvoistuminen sekä vähemmistöjen yhdenvertaisuusongelmat. Lain perusteluissa puhutaan terveyttä ja hyvinvointia edistävästä liikunnasta, jonka tavoitteena on saada liikunnan harrastajiksi myös ne ryhmät, joilla on terveydellisistä, mutta myös muista syistä ongelmia harjoittaa liikuntaa terveytensä kannalta riittävästi. Myös valtion liikuntaneuvoston alaisuuteen perustetun uuden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvojaoston avulla pyritään saamaan liikunnan yhdenvertaisuus- ja tasa-arvokysymykset osaksi yleistä liikuntapoliittista keskustelua ja kehittämistyötä. (Pyykkönen 2016, 14–16, 22.)

4 TUTKIMUSKOHTEENA KIMMOKE-RANNEKE

4.1 Taustaa Kimmoke-rannekkeelle Turun kaupungissa

Turun kaupunginvaltuuston hyväksymään Turku-sopimukseen 2009–2012 kuului muun muassa asukkaiden hyvinvointiohjelmakokonaisuus (Turun kaupunginvaltuusto 2009). Ohjelman valmistelun ja seurannan edistämiseksi nimettiin hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmä syyskuussa 2011. Johtoryhmän alaisuuteen nimettiin ikäkaarimallin mukaiset lasten ja nuorten, työikäisten ja ikäihmisten työryhmät toteuttamaan ikäkaarimallin mukaisia hyvinvointiohjelmia. (Turun kaupungin päätöspöytäkirja 2011.) Työikäisten hyvinvointityöryhmä toteutti työikäisten hyvinvointiohjelmaa, jonka yhtenä tavoitteena oli sosioekonomisesti haasteellisimpien ryhmien aktivoiminen terveyserojen kaventamiseksi (Turun työikäisten hyvinvointiohjelma 2009). Turussa oli lisäksi liikuntapalveluiden toimesta kehitetty erityisesti telakkateollisuuden työttömyyden tueksi 2010 käyttöön otettu työttömien liikkumaan aktivoimiseksi työttömien liikuntaranneke, jolla kaikki työttömät pääsivät liikuntapaikoille liikkumaan riippumatta työttömyysajan turvan suuruudesta. Rannekkeesta tuli paljon kuntalaispalautetta ja sen kierrättäminen monelle eri käyttäjälle aiheutti niin paljon väärinkäytöksiä, että se lopetettiin 1.1.2013.

Työikäisten hyvinvointityöryhmän yhtenä tavoitteena vuoden 2011 lopussa oli kehittää käytössä olevan työttömien liikuntarannekkeen tilalle sellainen aktiivikortti, jossa kulttuuripalvelutkin olisivat mukana ja joka myönnettäisiin jollain tietyillä periaatteilla kaikkein vähävaraisimmille. (Turun työikäisten hyvinvointityöryhmä 2011.) Työ eteni niin, että Turun kaupungin liikuntatoimen liikkumaan aktivointiyksikön johdolla valmisteltiin hyvinvointierojen tasoittamiseksi yhdessä sosiaalipalveluiden aikuissosiaalityön, terveyspalveluiden työelämäkuntoutuksen, kulttuuritoimen kulttuuripalveluiden sekä ennaltaehkäisevää virikkeellistä vapaa-ajantoimintaa kehittävän Eviva-hankkeen kanssa uuden liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistumisen mahdollistavan tuotteen, työnimeltään aktivointirannekkeen, käyttöönottoa hyvinvoinnin edistämiseksi. Lopulta aktivointirannekkeen käyttöönotosta päätti Turun kaupungin liikuntalautakunta kokouksessaan 21.5.2013, jolloin niin lautakunnan itsensä tekemä aloite työttömien liikuntarannekkeen tilalle toivottavasta tuotteesta samoin kuin monet kuntalaisten asiasta antamat palautteet ja ehdotukset merkittiin käsitellyiksi. Ranneke otettiin käyttöön 1.9.2013 alkaen. Aktivointiranneke sai sittemmin osallistamiskilpailun tuloksena nimekseen Kimmoke-ranneke.

4.2 Rannekkeen kohdennus ja hinta

Kimmoke-ranneke haluttiin kohdentaa sosioekonomisesti arvioituna kaikkein vähävaraisimmille, jotka keskimäärin edustavat myös liikunnallisesti passiivisinta väestönosaa ja joilla tyypillisesti on vaikeuksia päästä esimerkiksi liikkumaan nykyisten sisäänpääsymaksujen ollessa liian korkeita. Tällä kohdennuksen tarkentamisella ansiosidonnaista päivärahaa saavat työttömät eivät enää olleet oikeutettuja rannekkeeseen, ellei hakijalla ole päätöstä myös toimeentulotuesta. Sen sijaan uutena ryhmänä tuli esimerkiksi työkyvyttömyyseläkeläisille oikeus saada ranneke. Aiemmin käytössä olleen työttömien rannekkeen aikana juuri epäoikeudenmukaisesta kohdentumisesta oli tullut erityisen paljon asiakaspalautetta liikuntatoimelle. Liikuntalautakunnassa tehdyn päätöksen mukaan Kimmoke-ranneke voidaan myöntää asiakkaalle, kun tämä esittää myyntipisteissä myönteisen päätöksen tai enintään 1 kk vanhan maksuilmoituksen Kelan työmarkkinatuesta, Kelan peruspäivärahasta, Kelan kuntoutustuesta, Kelan kotoutumistuesta, työkyvyttömyyseläkkeestä (maksetaan kansaneläkkeenä 16–64-vuotiaille) tai voimassa olevan Turun kaupungin sosiaalityön palveluiden myöntämän perustoimeentulotukipäätöksen. Mikäli sosiaalityöntekijä myöntää hakijan harrastusmenoihin harkinnanvaraista tukea maksusitoumuksena, asiakkaan maksun sijasta laskutetaan tällöin sosiaalityötä. Myyntipisteisiin on tehty ohjeistus (liite 1), jolla muuan muassa myyntityössä olevien tulkintaa erilaisista todistuksista on pyritty helpottamaan. Tuotteesta on tehty myös rekisteriseloste (liite 2), jotta voidaan perustella tarvittavien henkilötietojen keräämistä rekisteriin toiminnan kehittämiseksi ja tiedotusmahdollisuuksien parantamiseksi.

Rannekkeen hinta määriteltiin siten, että harkinnanvaraista toimeentulotukea saavat voisivat liikkua sen avulla koko vuoden. Turussa aikuissosiaalityössä voitiin rannekkeen päätöksentekohetkellä myöntää osana harkinnanvaraista toimeentulotukea harrastamiseen tukea yhteensä 85 euroa vuodessa. Näin rannekkeen hinnaksi määräytyi 39 €/ 6 kk ostopäivästä alkaen. Lisäksi tuli 7 euron rannekemaksu ensimmäisen ostokerran yhteydessä.

4.3 Rannekkeen palvelut

Kimmoke-rannekkeen sisältönä tarjottiin aluksi vain Turun kaupungin liikuntapalveluja, koska kulttuuripalveluja ei saatu vielä tarpeeksi valmiiksi neuvoteltua siihen mennessä keväällä 2013, kun paine kasvoi asiakkaiden puolelta saada uusi tuote lopetetun työttömien rannekkeen tilalle. Kimmoke-rannekkeella sai aluksi harrastaa kerran päivässä liikuntaa omatoimisesti Turun kaupungin uimahalleissa ja kuntosaleilla, osallistua Kupittaa urheiluhallissa järjestettävään liikuntaryhmään, jossa liikutaan ilman suorituspaineita sekä osallistua kuntosaliharjoittelun perusteiden ja laitteiden käyttöä tutuksi

tekevälle neljän kerran kuntosalin ABC-kurssille. Seuraavana tuotteeseen saatiin Turun kaupungin kulttuuripalveluiden museokeskuksen, filharmonisen orkesterin, kirjaston ja kaupunginteatterin palveluja. Turun kaupungin museokeskus ja filharmoninen orkesteri tarjoavat mahdollisuutta tutustua museoihin ja niiden näyttelyihin sekä orkesterin avoimiin kenraaliharjoituksiin. Uutena palveluna 2014–2015 talvikauden etuna Kimmoke-rannekelaisille tarjottiin maksutonta suksi- ja luistinvuokraa. Kimmokelaiset saivat luistimet maksutta käyttöönsä Kupittaan tekojääradalla ns. luistelumadon vuokrauspisteestä sekä sukset Impivaaran suksivuokraamosta. Lisäksi tarjottiin mahdollisuutta osallistua joihinkin aloittelijoille suunnattujen liikuntatuotteiden ryhmiin. Myös Turun kaupungin nuorisopalveluiden lasten ja perheiden seikkailupuistossa alettiin tarjota koko perheen teatteriesityksiä sekä erilaisia kädentaitopajoja. Kimmokkeeseen kuuluvia palveluja on tämän jälkeen jatkuvasti kehitetty saadun palautteen perusteella, ja ajantasaiset rannekkeeseen kuuluvat palvelut löytyvät tuotteen nettisivuilta (Kimmoke 2017).

Rannekkeen ostajista luodun sähköisen asiakasrekisterin kautta on mahdollista lähettää tekstiviesti tai sähköpostiviesti kohderyhmälle tarjolla olevista erikoispalveluista tai eduista. Näin usein kaikkein eniten aktivointia tarvitseville vähävaraisille voidaan tarjota eri palvelualueiden tuotteita sellaisiin kulttuuriesityksiin ja näytöksiin, joihin on jäämässä vapaita paikkoja esimerkiksi Turun kaupunginteatterin esityksiin. Lisäksi joidenkin paikallisten urheiluseurojen kanssa saatiin neuvoteltua, että ne kantavat yhteiskuntavastuuta ja osallistuvat omalla panoksellaan rannekkeen palvelujen tuottamiseen. Rannekkeen lunastaneilla onkin alusta asti ollut ilman lisämaksua mahdollisuus osallistua ja kokea urheilun huippuelämyksiä pääsarjojen jalkapallo- ja jääkiekko-otteluissa. Rannekkeella oli aluksi mahdollisuus päästä FC Interin ja FC TPS:n jalkapallo-otteluihin sekä HC TPS:n ja TuTo Hockeyn jääkiekko-otteluihin. Myöhemmin tarjontaa on saatu lisättyä esimerkiksi kansainväliseen Paavo Nurmi Games yleisurheilukilpailuun. Myös nämä ajantasaiset kausiedut löytyvät tuotteen nettisivuilta (Kimmoke 2017).

Rannekkeella on alusta asti päässyt osallistumaan palveluihin kerran päivässä arkisin päiväaikaan siten, että klo 15.30 mennessä on mentävä sisään ja viikonloppuisin normaalien aukioloaikojen mukaan. Rannekkeen käyttöä valvotaan niin, että mahdollisista etuuden väärinkäytöksistä voidaan ilmoittaa poliisille. Lisäksi voidaan laittaa puolen vuoden sulku kyseiselle rannekkeelle. Asiakkaita informoidaan tästä rannekkeen myynnin yhteydessä jäsenhakemuslomakkeessa (liite 3), jossa samalla informoidaan, että rannekkeen haltijoilta edellytetään henkilökortin näyttöä tarvittaessa. Näin pyritään estämään aiemmin työttömien rannekkeen yhteydessä havaittua rannekkeen väärinkäyttöä, jolta toistaiseksi on vältytty em. ohjeiden ansiosta.

Rannekkeen sisällöstä tehtiin Eviva-hankkeen avulla ensimmäisen vuoden jälkeen asiakastyytyväisyyskysely syksyllä 2014, jotta ranneketta voidaan kehittää entistä enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Kaikkiaan 240 asiakasta vastasi kyselyyn. Lähes poikkeuksetta kaikki vastanneet olivat arvioineet rannekkeen palvelut kiitettäväksi tai hyväksi. Kehitystoiveet kohdistuivat erityisesti aikarajoitusten poistamiseen, tiettyjen palvelujen lisäämiseen sekä perhetoiminnan kehittämiseen. Suurin osa Kimmoke-rannekkeen käyttäjistä oli hankkinut sen liikuntapalveluiden vuoksi. Liikuntapalvelut saivat paljon kiitosta asiakkailta ja liikuntapalvelujen merkittävin rooli tuotteessa näkyy myös kävijätilastoissa. Keväästä 2014 lähtien lisääntyneet kulttuuripalvelut koettiin hyvin positiivisena lisänä. Vastaajista 96 prosenttia kertoi varmasti tai hyvin varmasti suosittelevansa ranneketta muille.

Asiakastyytyväisyyskyselyssä vastaajat kertoivat, miten Kimmoke on lisännyt omaa liikkumista, ollut "päivien piristys", "syy lähteä ovesta ulos", "merkittävä asia elämässä" ja suorastaan "hengenpelastaja". Säännölliseen tai päivittäiseen harrastamiseen ei muuten suurella osalla vastaajista olisi ollut mahdollisuutta. Iso osa vastaajista kuvasi, miten kunto on rannekkeen käytön myötä kasvanut. Yksi vastaajista on kiteyttänyt rannekkeen merkityksen itselle.

”Kimmoke on hengenpelastaja. Ihan hengenpelastusmitali pitäisi myöntää sille, jonka idea tämä on ollut. Aivan loistava keksintö ja on ollut ainakin minulle valtava etu. Sydämellinen kiitos tästä! Tällä tavoin on pystynyt pitämään fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä yllä ja jopa parantamaan huikeasti sitä entisestä. Olen saanut uutta virtaa ja uudistunutta työkykyä ja uusia ideoita ja rohkeutta. Voin sanoa, että kuntoni on parempi kuin kertaakaan työssäoloaikana! Ilman palkkatuloja on kuitenkaan vaikeata osallistua mihinkään sellaiseen virkistystoimintaan, jota itse kaipaa ja tarvitsee. Jos liikunta on ollut itselle elinehto, romahduttaa maksukyvyttömyys lähes koko elämän kunnon lisäksi. Olen saanut myös uusia sosiaalisia kontakteja Kimmokkeen kautta, joten tämä toimii vähän joka tasolla elämänlaatua kohentavasti”

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tutkimusongelmat

Tämän pro gradu –tutkielman päätarkoituksena on selvittää, miten Turussa käytössä olevalla Kimmoke-rannekkeella tuettu liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistuminen toimii subjektiivisen hyvinvoinnin edistäjänä. Lisäksi selvitetään, minkälaisia tuotoksia tai tuloksia Kimmoke-rannekkeella on aikaansaatu sekä minkälaisia ovat olleet rannekkeen vaikutukset käyttäjien omaan arvioon ja kokemuksiin perustuen.

Tutkielman tavoitteena on lisäksi selvittää, kohdentuuko ranneke nyt sellaisille henkilöille, joille se on oikeasti tarkoitettukin sekä saada rannekkeen vaikutuksista sellaista tietoa, mitä voidaan käyttää eri työntekijäryhmille, jotta he motivoituisivat rannekkeen tehokkaampaan markkinoimiseen.

Tehtävänä on kyselytutkimuksen avulla saada tietoa seuraavista tutkimusongelmista tutkimuksen tarkoituksen toteutumiseksi:

1. Millaisia ovat Kimmoke-ranneketta käyttävät sosioekonomiselta asemaltaan eli selvittää käyttäjien objektiivista hyvinvointia. Millä perusteella on oikeutettu rannekkeeseen ja mistä on saanut tietoa rannekkeesta? Eroavatko tulokset tai vaikutukset sosioekonomisen aseman mukaan?

2. Minkälaisia tuotoksia ja tuloksia Kimmoke-rannekkeella on palveluna aikaansaatu? Eli missä palveluissa ja kuinka usein ranneketta on käytetty? Mitkä palvelut koetaan merkittäviksi? Miten ranneke toimii palveluna ja vastaa asiakkaiden odotuksiin? Millaiseksi rannekkeen merkitys koetaan harrastamisen ja osallistumisen kannalta?

3. Minkälaisia vaikutuksia Kimmoke-rannekkeella on aikaansaatu? Eli onko rannekkeella ollut vaikutusta harrastamiseen ja erityisesti liikkumiseen? Onko rannekkeella ollut vaikutusta käyttäjien subjektiiviseen hyvinvointiin eli koettuun terveyteen, työ- tai toimintakykyyn, terveyspalvelujen käyttöön, yksinäisyyteen ja elämänlaatuun.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus tehtiin sähköisenä Webropol-kyselytutkimuksena Turun kaupungin Webropol-lisenssin turvin. Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin apuna aiempia Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suomalaisille tehtyjen Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimusten, Mini-Suomi -terveystutkimuksissa pitkään käytettyjä työkyvyn mittaamisen sekä Turun kaupungissa tehtyjen hyvinvointitutkimusten kysymyksiä. Ennen lomakkeen lähetystä se testattiin lokakuussa 2015 liikunta- ja kulttuuripalveluista valituilla muutamalla henkilöllä, jotka tuntevat rannekkeen sisältöä. Tämän jälkeen lomakkeeseen tehtiin vielä pieniä muutoksia. Sähköinen kyselylomake lähetettiin Kimmoke-rannekkeen ostajista (teoreettinen perusjoukko) niille, joilla oli tai on ollut ranneke käytössä ja jotka olivat antaneet ostohetkellä omassa jäsenhakemuslomakkeessaan (liite 3) tutkimusluvan ja joilla lisäksi oli sähköpostiosoite, yhteensä 1324 henkilölle (empiirinen perusjoukko). Voimassa olevia puolen vuoden ajaksi ladattuja rannekkeita oli samaan aikaan 1049 henkilöllä. Yhteensä tehtyjä latauksia 1.9.2013 lähtien oli 4789. Näistä eri henkilöitä oli noin 3000.

Kyselylomake (liite 4) lähetettiin vastaajille 2.11.2015. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa 16.11.2015 asti. Kaikkien yhteystietonsa jättäneiden kesken luvattiin arpoa vapaalippuja liikunta- ja kulttuurilaitoksiin tai vaihtoehtoisesti liput sai vaihtaa myös puolen vuoden jatkoaikalatauksiin Kimmoke-rannekkeeseen. Tämän jälkeen lähetettiin 18.11.2015 uusintakysely niille, jotka eivät olleet vastanneet ja annettiin vastausaikaa 27.11.2015 asti. Kyselyyn vastasi yhteensä 272 henkilöä 1324 henkilöstä. Vastausprosentiksi tulee siten 21 %. 281 vastaajaa oli avannut kyselyn, mutta oli jostain syystä jättänyt palauttamatta sen. Aineiston analysointi aloitettiin keväällä 2016 ja analysointi tehtiin loppuun sekä kirjoitettiin loppuraporttia syksystä 2016 kevääseen 2017.

Tutkimuksen katoanalyysinä voidaan verrata rannekkeen ostajista pidettävän rekisterin mukaan vuoden 2015 myytyjä rannekkeita verrattuna otokseen vastanneiden ikäjakaumaan. Katoanalyysiä kuitenkin vaikeuttaa se, että rannekkeen omistajista ei ole pidettävässä rekisterissä minkäänlaisia tietoja saatavilla siviilisäädystä, koulutuksesta, ammattiasemasta tai syntyperästä. Sen sijaan iän mukaan voidaan todeta otoksen noudattavan ostajien ikäjakaumaa. Suurin ostajien ryhmä oli 30–40-vuotiaat (30 %), mikä on täsmälleen sama määrä kuin vastaajiakin oli. Tämän jälkeen eniten ostajia oli 40–50-vuotiaissa (23 %) ja 20–30-vuotiaissa (22 %). Näin 40–50-vuotiaita vastanneita oli aavistuksen enemmän ja nuorempia 20–30-vuotiata hieman vähemmän vastaajissa kuin ostajissa. Myös 50–60-vuotiaita oli yhtä paljon molemmissa (18 %). Yli 60-vuotiaita rannekkeen hankkineita oli 4 % ja alle 20-vuoitaita 2 %. Sen sijaan vuoden 2015 myydyistä rannekkeista ostajissa oli hieman enemmän naisia (57 %) kuin tutkimukseen vastanneista oli naisia (51 %).

Tutkimuksessa esiintyi kuitenkin eniten katoa maahanmuuttajataustaisten vastaajien kohdalla. Vastaajista vain 12 prosenttia oli jollakin tavalla maahanmuuttajataustaisia. Kuitenkin Kimmoke-asiakasrekisteriä selatessa voi todeta nimien perusteella, että jollain tavalla maahanmuuttajataustaisia on rannekkeen käyttäjissä paljon. Nimien perusteella tehdyllä laskennalla maahanmuuttajataustaisiksi arvioituja nimiä oli 30 %. Tämä ei tietenkään ole täysin luotettava tieto, mutta antaa suuntaa maahanmuuttajataustaisista rannekkeen käyttäjien määrästä. Voidaan siis todeta, että tutkimuksen otokseksi saatu vastaajien joukko ei täysin edusta perusjoukkoa maahanmuuttajataustaisten vastaajien kohdalla. Tätä tutkimusaineiston alipeittoa selittää varmasti osittain melko pitkä ja vain suomenkielinen kyselylomake, mutta myös se, että kaikilla näillä rannekkeen käyttäjillä ei ole sähköpostiosoitetta eli ei teoriassakaan ole voinut tulla valituksi otokseen. Kuitenkin ainoastaan kahdelta vastaajalta tuli sähköpostiviestinä palaute, että ”ei ymmärrä, mitä kysytään”. Toisaalta vuoden 2015 lopussa Turussa asui 185.908 asukasta, joista äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia puhuvia oli 18.794 eli noin 10 prosenttia (Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2016). Siten maahanmuuttajataustaisia vastaajia oli kuitenkin suhteessa koko väkilukuun suunnilleen sama määrä. Näin voidaan todeta otoksen kuitenkin olevan koko perusjoukkoa edustava riittävällä tavalla.

Vastaajat olivat ammatillisen koulutuksen mukaan tarkasteltuna hieman koulutetumpia kuin väestö keskimäärin. Voidaankin pohtia, että kun koulutetumpi väestö keskimäärin muutenkin harrastaa enemmän, niin rannekkeen mahdollistamaa harrastamista ehkä osataan arvostaa enemmän kuin vähemmän koulutettujen kohdalla arvostettaisiin. Selittääkö tämä erittäin myönteisiä vastauksia osittain? Voidaan myös pohtia, että onko vastaajiksi kaikkiaan valikoituinut enimmäkseen myönteisiä kokemuksia saaneita. Toisaalta otoskoko on niin suuri, että se oli riittävä tilastollisten analyysienkin tekoon, joissa erojakin vastauksissa saatiin.

5.3 Tutkimuksen analysointi

Tutkimustulosten analysointi tehtiin kvantitatiivisia tilastollisia menetelmiä käyttäen. Tulosten analysointi aloitettiin tutustumalla Webropol-ohjelmasta saatavaan perusraporttiin. Tämän jälkeen perusraportin aineisto vietiin excel-taulukko-ohjelmaan. Sen jälkeen aineiston kvantitatiivisia tuloksia tutkittiin ja analysoitiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumataulukkoja tulkitsemalla. Tämän jälkeen tehtiin muuttujien ristiintaulukointia tutkimusongelmien kannalta keskeisillä muuttujilla. Sitten käsitelty aineisto vietiin Webropol-ohjelman Professional statistics tilasto-ohjelmaan. Ohjelman avulla tehtiin tilastolliset merkitsevyystestit.

Ristiintaulukointi on alkeellisin keino havaita yhteys kahden eri muuttujan välillä. Tilastollisella χ^2-testillä (”Pearsonin Khiin neliö”) voidaan ristiintaulukoiduista tuloksista analysoida sitä, että voidaanko otoksesta saadut riippuvuudet, muutokset tai ryhmien väliset erot yleistää koskemaan koko perusjoukkoa, vai johtuvatko riippuvuudet tai erot mahdollisesti sattumasta. (Metsämuuronen 2009, 358.) Tätä χ^2-testiä käytettiin sukupuolten sekä rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välistä muuttujien todellista eroa testattaessa.

Yleisesti tieteellisessä tutkimuksessa on sovittu käytettäväksi 0,05 (eli 5 %:n) tai 0,01 (eli 1 %:n) riski- tai merkitsevyystasoa (significance), kun määritetään sitä, että onko muuttujien välillä yhteyttä perusjoukossa. Tilastotieteen teoriasta ei kuitenkaan löydy 5 %:n ja 1 %:n luottamustasoille mitään erityistä perustetta, mutta ne ovat muodostuneet vuosien saatossa käytännöiksi. Kun kriteerinä käytetään 5 %:n riskitasoa, tarkoittaa se, että tulos on tutkimuksen perusjoukossa 95 %:n varmuudella pätevä. Samalla kuitenkin virheen todennäköisyys on 5 %. Tämä tarkoittaa, että jos perusjoukosta poimittaisiin 100 yhtä suurta satunnaisotosta, nollahypoteesi hylättäisiin 95:ssä ja se jäisi voimaan 5:ssä. Jos riskitasona käytetään 1 %:n tasoa, vain yhdessä sadasta otoksesta nollahypoteesi jäisi voimaan. Tilastollisessa analyysissä tätä merkitsevyyttä kuvataan p-arvolla (probability), joka ilmoittaa virheellisen päätelmän todennäköisyyden. Jos p-arvo on alle 0,05, tapana on puhua tuloksesta tilastollisesti "melkein merkitsevänä". Jos se on alle 0,01, tulos esitetään tilastollisesti "merkitsevänä" ja jos se on alle 0,001, tulos on tilastollisesti "erittäin merkitsevä". Taulukoissa merkitään "melkein merkitsevät" tulokset yhdellä tähdellä (*), "merkitsevät" tulokset kahdella (**) ja "erittäin merkitsevät" tulokset kolmella tähdellä (***). (KvantiMOTV 2003, Hypoteesien testaus.) Tilastollisesti merkitsevää tulosta lähellä olevan eron tai riippuvuuden ($0{,}05 < p \leq 0{,}1$) voidaan sanoa olevan tilastollisesti suuntaa antava eli oireellinen. Nykyisin myös usein riippuvuuden sanotaan olevan tilastollisesti merkitsevä (esim. $p = 0{,}02$) ilman sanaa melkein tai erittäin. (Heikkilä 2014, 7.)

Kahden muuttujan välisen riippuvuuden astetta nimitetään yleisessä merkityksessä korrelaatioksi. Toisen muuttujan arvoista voidaan tällöin päätellä toisen muuttujan arvot melko täsmällisesti, jos korrelaatio on voimakasta. Muuttujien välillä ei ole yhteisvaihtelua, jos korrelaatio on heikko. Eri muuttujien korrelaatioita testattiin tavallisimmin käytetyn Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen (r) avulla. Tulomomenttikorrelaatiokerroin on vähintään kahden intervalliasteikollisen muuttujan keskinäisen lineaarisen riippuvuuden voimakkuutta kuvaava tilastollinen tunnusluku. Kertoimen arvo vaihtelee välillä -1 ja +1 välillä siten, että kertoimen ollessa 0, ei muuttujien välillä ole lineaarista riippuvuutta ja vastaavasti arvoilla lähellä +/- 1, muuttujien välillä on täydellinen riippuvuus. (KvantiMOTV 2004, Korrelaatio ja riippuvuusluvut.)

Varianssianalyysia (analysis of variance tai ANOVA) voidaan käyttää tutkittaessa eroavatko kahden tai useamman ryhmän eli selitettävien muuttujien keskiarvot tilastollisesti merkitsevästi toisistaan selittävän muuttujan eri luokissa. Varianssianalyysiä pidetään kokeellisen analyysin yleisenä perusmenetelmänä. Tilastollisena testinä varianssianalyysissa käytetään ns. F-testiä. Siihen liittyvä p-arvo kuvaa ryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä. Se kertoo millä todennäköisyydellä nollahypoteesi ryhmäkeskiarvojen yhtäläisyydestä voidaan hylätä. (KvantiMOTV 2002, Varianssianalyysi.) Varianssianalyysi kuuluu parametrisiin testeihin, mitkä käyttävät hyväkseen erilaisia jakaumaoletuksia aineistosta. Parametriset testit ovat yleisesti voimakkaampia kuin ei-parametriset testit eli ne hylkäävät helpommin väärän nollahypoteesin. Parametrisiä testejä suositellaankin käytettäväksi aina silloin, kun niitä voidaan käyttää. Varianssianalyysin avulla testattavien keskiarvojen erojen testauksen edellytyksenä onkin, että muuttujan arvot ovat normaalisti jakautuneet ja muuttujan varianssit eli hajonnat ovat yhtä suuria (Heikkilä 2014, 3, 8, Heikkilä 2010, 225, Nummenmaa 2009, 153, 187.) Koska muuttujat eivät olleet tässä tutkimuksessa normaalisti jakautuneita, vaan jakaumat olivat selkeästi vinoutuneita jompaan kumpaan suuntaan ja useimmat testattavat muuttujat olivat järjestysasteikollisia, käytettiin usean riippumattoman otoksen testeistä ei-parametristä Kruskal-Wallisin H-testiä ANOVA-testin sijaan. Metsämuurosen (2009) mukaan Kruskal-Wallisin testi on yksisuuntaisen varianssianalyysin eli F-testin parametriton vastine. Testi sopii tilanteisiin, joissa vertailtavia ryhmiä on enemmän kuin kaksi ja ryhmien otoskoot voivat olla erisuuria (Emt., 1115.)

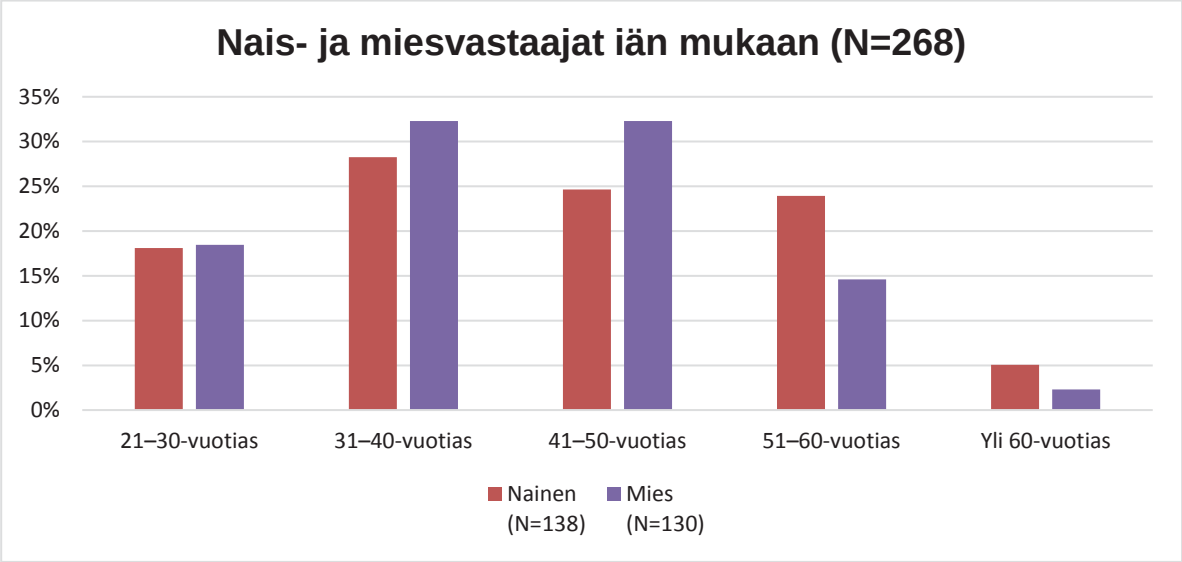
Tuloksissa esitetään ensin kaikkien kysymysten kohdalla kaikkien tutkimukseen vastanneiden vastaukset siten, että ei osaa sanoa –vaihtoehtoja ei ole poistettu. Tämän jälkeen, kun aineistoa lähdettiin analysoimaan tarkemmin, ristiintaulukoimaan ja tekemään tilastoajoja, vastauksista poistettiin kaikki en osaa sanoa –vaihtoehdot ja myös neljän transsukupuolisen vastaukset, koska heitä oli niin vähän. Näin aineistoa tarkasteltiin vain nais-/miesnäkökulmasta sukupuolikysymyksissä. Myöskään etnistä taustaa ei huomioitu, kuin erikseen joissain kysymyksissä, koska maahanmuuttajataustaisia vastaajia oli niin vähän.

Lomakkeella saatiin myös vapaaehtoiseksi merkittyihin avoimiin kysymyksiin vastauksia, joissa on erityisesti Kimmoke-rannekkeen jatkokehittämistä varten hyviä ajatuksia, mutta joita ei tässä tutkimuksessa voida rajallisten resurssien vuoksi käsitellä kuin esimerkinomaisesti. Aineisto on kuitenkin luovutettu kokonaisuudessaan rannekkeen kehittämisestä vastaaville tahoille. Avoimissa palautteissa korostui kaikkein eniten maininta rannekkeen arkisin olevasta kellonaikarajoituksesta, jonka monet vastaajat kokivat itselle hankalaksi sovittaa. Esimerkiksi perheen kanssa ei voi kuin viikonloppuisin käyttää palveluja sen vuoksi.

6 TUTKIMUSTULOKSET KIMMOKE-RANNEKKEESTA

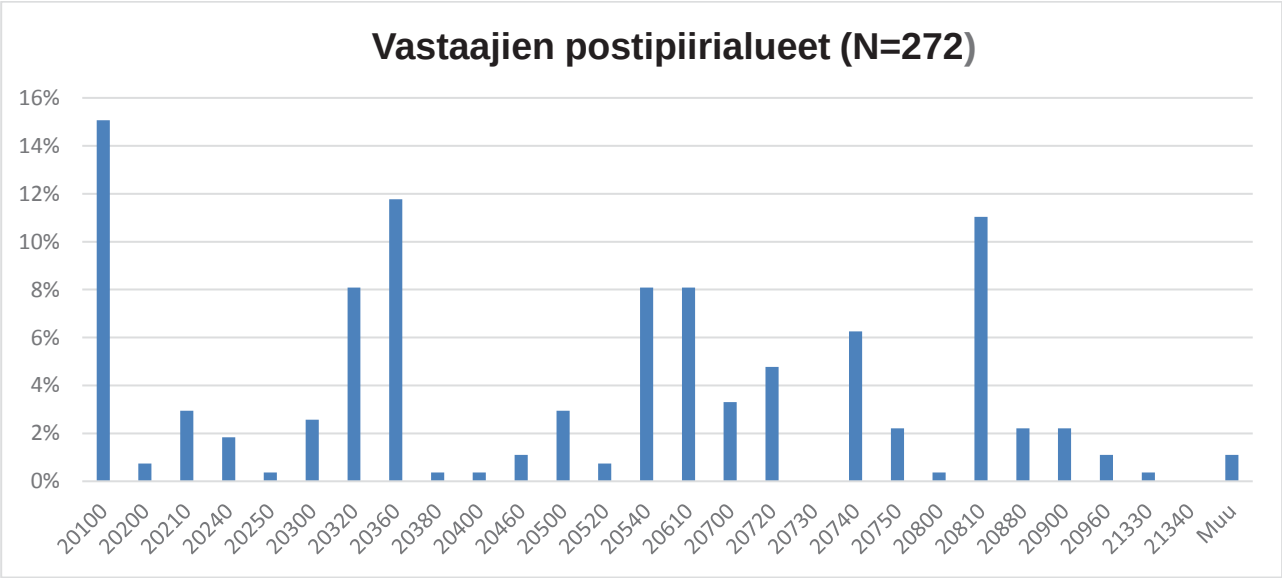
6.1 Vastaajien taustatiedot ja sosioekonominen asema

Kyselyyn vastasi yhteensä 272 vastaajaa, joista naisia oli 51 % ja miehiä 47 % sekä transsukupuolisia 1 %. Nais- ja miesvastaajat iän mukaan näkyvät kuviossa 1.



Kuvio 1. Nais- ja miesvastaajat iän mukaan

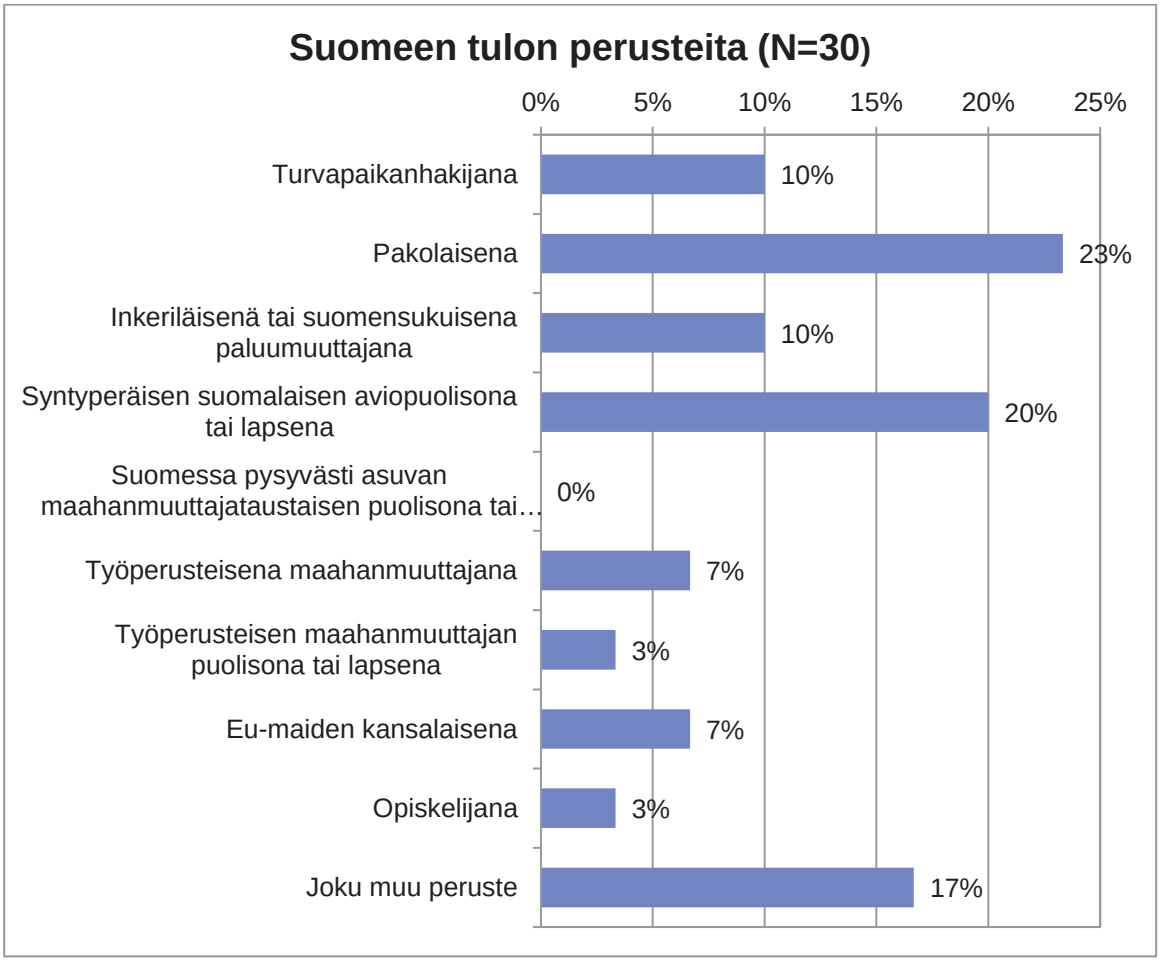
Vastaajien ikä jakautui melko tasaisesti 21–60 ikäryhmien välille painottuen 31–50-vuotiasiin. Yli 60-vuotiaita vastaajia oli selkeästi kaikkein vähiten (alle 4 %) eikä alle 20-vuotiaita ollut ollenkaan. Myös sukupuolittain kaikkiin ikäryhmiin kuului melko tasaisesti vastaajia. Vastaajien asumisaluetta selvitettiin kysymällä postipiiriä, jossa he asuivat (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien postipiirialueet

Vastaajat asuivat eri puolilla Turkua hyvin hajanaisesti. Vastaajista eniten (15 %) asui keskustan (20100) alueella, seuraavaksi eniten Runosmäki-Kärsämäki alueella (20360) 12 % ja Mäntymäki-Martti alueilla (20810) 11 %. Varissuon, Nummi-Halisten ja Teräsrautela-Suikkila alueelta oli vastaajia 8 %. Vastaajat eivät millään lailla jakautuneet sen mukaan, kuinka paljon Turun eri alueilla on työttömiä huolimatta siitä, että suurin osa heistä oli työttömänä. Esimerkiksi Turun suurimmilta työttömien asuinalueilta Pansio-Jyrkkälästä oli vastaajista vain vajaa 5 prosenttia ja Varissuo-Lausteelta 10 prosenttia. Näiden alueiden työttömyys, noin 25 prosenttia (Pienalueprofiili 2016), on kuitenkin paljon suurempi verrattuna muuhun Turkuun, jossa työttömyysaste on ollut viime vuosina noin 15–17 prosenttia. (Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2016).

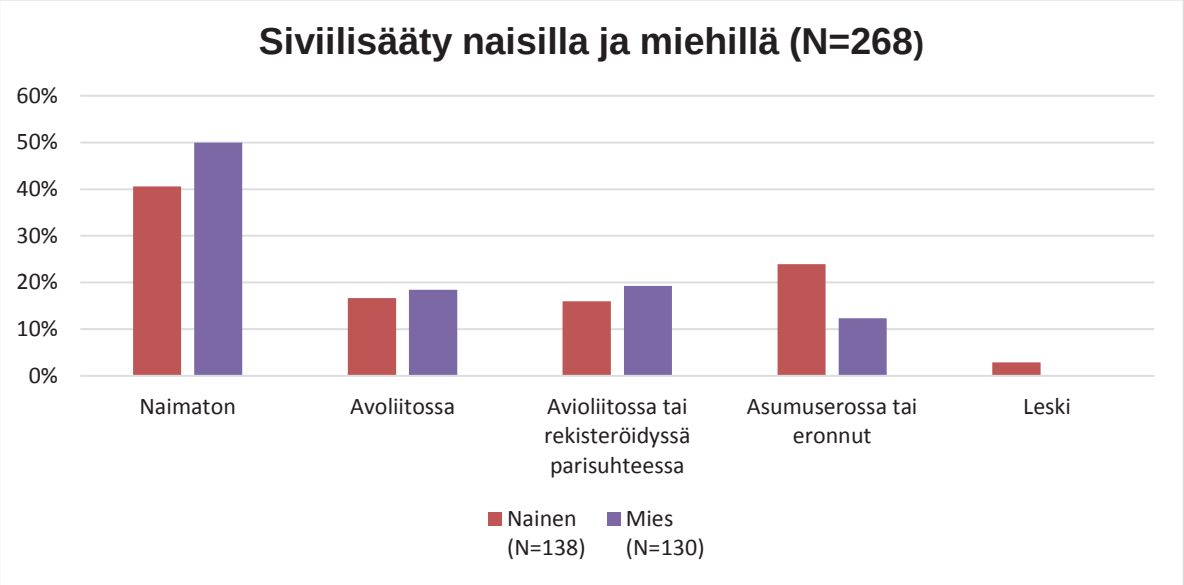
Vastaajien taustaa selvitettiin kysymällä, onko hän syntyperältään täysin suomalainen tai onko suomalainen, mutta vanhemmista vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen tai onko kokonaan syntyperältään muualta tullut. Syntyperältään täysin suomalaisia oli vastaajista suurin osa (88 %). Niitä, jotka syntyperältään eivät olleet suomalaisia, pyydettiin vastamaan lomakkeen lopussa Suomeen tulon perusteisiin. Kuviossa 3 esitetään näitä perusteita.



Kuvio 3. Suomeen tulon perusteita

Suomeen oli tultu monin erilaisin syin. Näistä vastaajista eniten oli tullut Suomeen pakolaisena (23 %) ja toisen aviopuolisona tai lapsena (20 %).

Vastaajien siviilisääty sukupuolittain esitetään kuviossa 4.

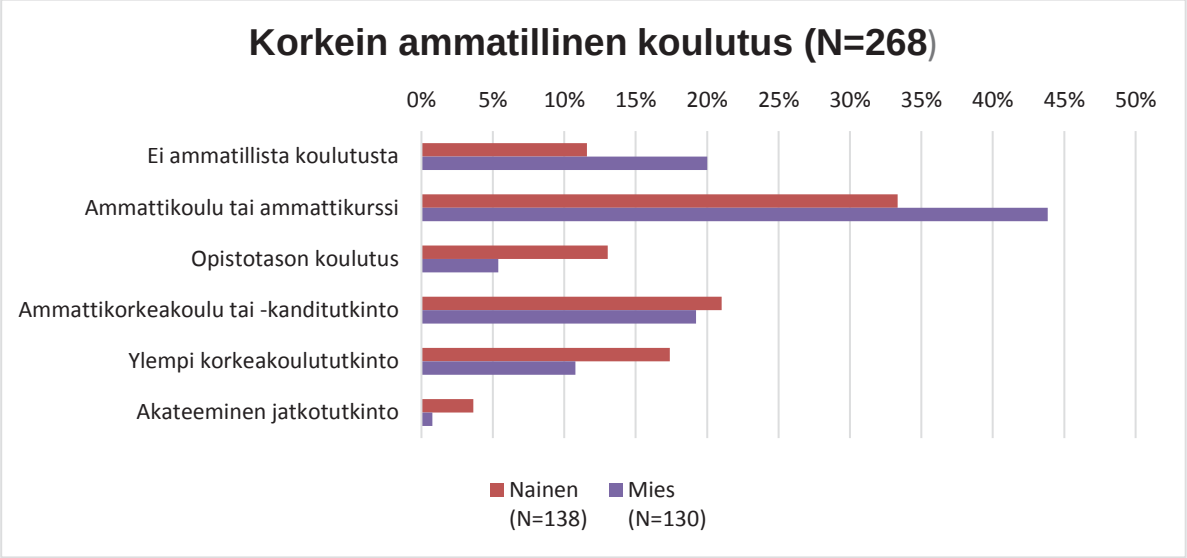


Kuvio 4. Siviilisääty sukupuolen mukaan

Vastaajista oli ylivoimaisesti eniten siviilisäädyltään naimattomia (46 %). Muita siviilisäätyjä oli tasaisesti 17–18 % siten, että jonkunlaisessa parisuhteessa asuvia oli yhteensä 34 %.

Asumismuotona vastaajilla oli ylivoimaisesti eniten vuokra-asunto (74 %). Omistusasunnossa asui noin 21 % vastaajista. Vastaajista yli puolet (52 %) asui yksin. Toiseksi yleisin kotitalouden koko oli 2 hengen kotitalous (26 %), 3–4 hengen talouksissa asui 17 % vastaajista ja 3 % asui 5–6 hengen talouksissa. Yhdellä prosentilla vastaajista kotitaloudessa asui yli 6 ihmistä. Alle 18-vuotiaita lapsia vastaajilla oli yhteensä 76.

Vastaajien korkeinta peruskoulutusta ja ammatillista koulutusta selvitettiin yleisten koulutustasomäärittelyjen mukaan. Vastaajien yleisin peruskoulutausta oli ylioppilas (57 %). Tämä on samalla tasolla kuin Suomessa lukiokoulutuksen keskimäärin aloittaa runsas 60 prosenttia ikäluokasta (Lukiokoulutus 2015). Seuraavaksi yleisin peruskoulutustausta oli perus- tai keskikoulu (39 %) ja kansa- tai kansalaiskoulun oli käynyt vajaa 4 % ja sitä vähemmän vajaa prosentti vastaajista. Sukupuolittain peruskoulutustaustat olivat samankaltaisia. Korkeimman ammatillisen koulutuksen jakaantuminen sukupuolittain esitetään kuviossa 5.



Kuvio 5. Korkein ammatillinen koulutus sukupuolittain

Yllä olevasta kuviosta näkyy, että molemmilla sukupuolilla yleisin ammatillisen koulutuksen taso oli ammattikoulun tai -kurssin suorittaminen (yhteensä 39 %). Miehillä ammatillisen koulutuksen suorittaminen oli yleisempää, kun taas naisilla korostuu kaikki ylemmät koulutukset. Opistotason koulutus tai ammattikorkeakoulututkinto oli yhteensä 29 %:lla. Ylemmän korkeakoulututkinnon tai akateemisen jatkotutkinnon suorittaneita oli yhteensä jopa 17 %, naisista jopa 21 %. Siten lähes puolella (46 %) on opistotason tai sitä ylempi koulutus. Toisaalta 15 %:lla vastaajista ei ollut mitään ammatillista peruskoulutusta. Iän mukaan vastaajilla ei erottunut mitään eroja koulutuksen suhteen. Korkeimman ammatillisen koulutuksen mukaan tarkasteltuna vastanneet olivat kaikkiaan koulutetumpia kuin väestö keskimäärin. Tilastokeskuksen väestötietojen mukaan 71 prosenttia 15 vuotta täyttäneestä väestöstä on suorittanut tutkinnon perusasteen jälkeen ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneita oli 30 prosenttia (Väestön koulutusrakenne 2016). Tässä tutkimuksessa jopa 85 %:lla vastaajista oli joku ammatillinen peruskoulutus ja lähes puolella opistotason tai sitä ylempi korkea-asteen koulutus. Jos vielä tarkastellaan pelkästään ylemmän korkeakoulututkinnon tai akateemisen jatkotutkinnon suorittaneita, voidaan todeta vastaajien olevan väestöön keskimäärin nähden koulutetumpia, koska ylemmän korkeakouluasteen tai tutkijakoulutusasteen suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneestä väestöstä koko maassa noin 10 prosenttia (Väestön koulutusrakenne 2016). Turun koko väestössä vastaavia ylemmän korkeakouluasteen tai tutkijakoulutusasteen suorittaneita oli vuonna 2015 12,4 prosenttia (Turun kaupungin tietopankki 2016).

Vastaajien työmarkkinatilannetta kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Työmarkkinatilanne

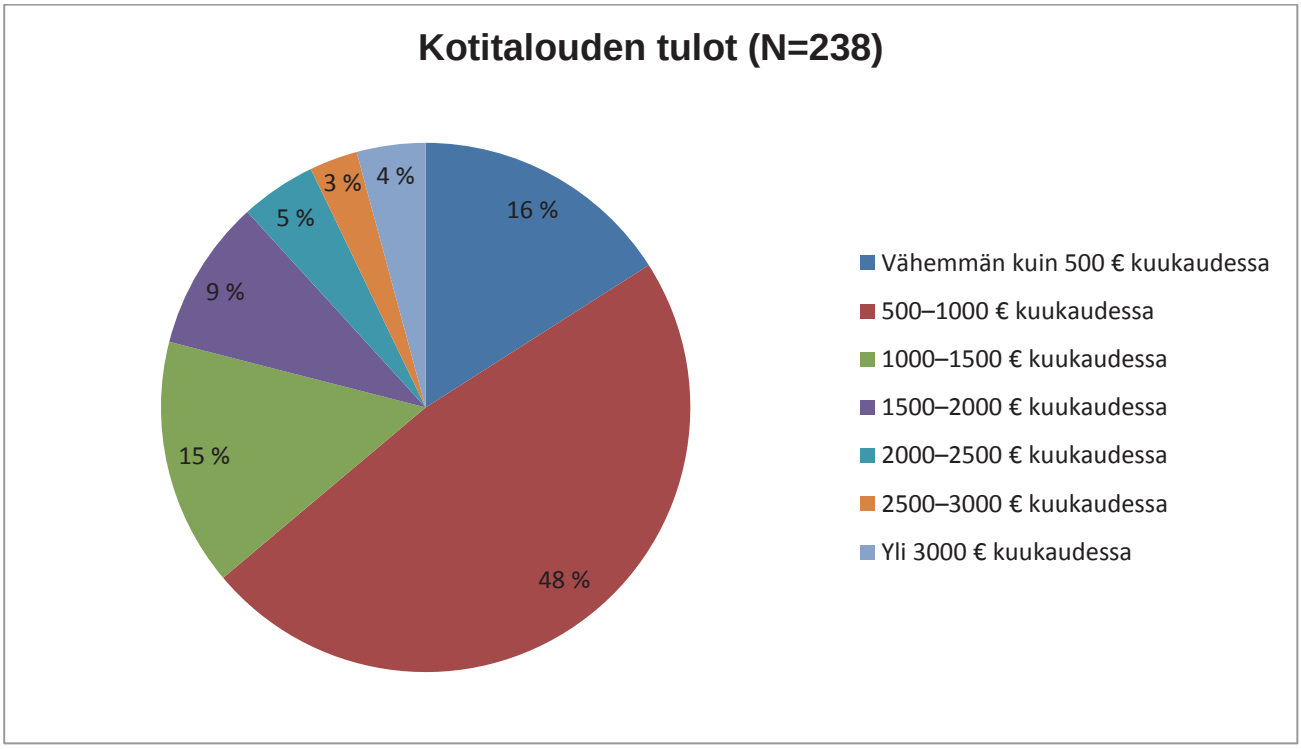
	Sukupuolenne?			
Työmarkkinatilanteessa % vastaajista	**Nainen (N=138)**	**Mies (N=130)**	**Muu (N=4)**	**Yht. (N=272)**
Kokopäivätyössä	5	4	0	4
Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	8	9	0	9
Eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella	1,5	1,5	0	2
Työttömyyseläkkeellä	10	4	0	7
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	16	9	50	13
Pitkäaikaisella sairaslomalla	4	2	0	3
Työtön tai lomautettu	33	51	50	42
Työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	6,5	1,5	0	4
Varusmies tai siviilipalveluksessa	0	0	0	0
Perhevapaalla (työsuhde voimassa)	0	0	0	0
Kotiäiti tai -isä	1	0	0	0
Opiskelija	11	17	0	14
jokin muu	4	1	0	2

Taulukosta näkyy, että vastaajista oli työmarkkinatilanteen mukaan arvioituna selkeästi eniten, lähes puolet (42 %) työttömänä ja miehistä jopa puolet. Toiseksi eniten oli opiskelijoita ja työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana. Myös opiskelijoista selvästi suurempi osa oli miehiä. Naisia taas oli enemmän työkyvyttömyys- tai työttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana. Huomioitavaa on, että myös kokopäivätyöntekijöitä on ollut edunsaajina. Iän mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 1) vanhimmassa ikäluokassa oltiin eniten työttömyys- ja työkyvyttömyyseläkkeellä sekä eläkkeellä. Nuorimmassa ikäluokassa taas oltiin opiskelijoina tai työttöminä eniten (35 %). Työttömyyttä esiintyi eniten 41–60-vuotiaiden ryhmissä, joissa yli puolet oli työttöminä. Erot eri ikäluokkien välillä ovat tilastollisesti merkitsevät (p = 0,000).

Viimeksi töissä ollessa suurimmalla osalla oli ammattiasema ollut ammattikoulutettu työntekijä (31 %), mutta myös työntekijänä ilman koulutusta oli työskennellyt moni (28 %). Vajaa 14 % oli ollut alempi toimihenkilö, mutta myös ylempänä toimihenkilönä oli työskennellyt noin 10 % ja yrittäjänä 9 %. Työssä ei ollut ollut kodin ulkopuolella 8 % vastaajista. Sukupuolittain tarkasteltuna naisista selkeästi suurempi osa oli ollut alempana toimihenkilönä, kun taas miehistä vastaavasti suurempi osa oli työskennellyt ammattikoulutettuna työntekijänä. Iän mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 2) ammattiasemassa oli tilastollisesti merkitsevät erot (p = 0,000). Nuorimmasta ikäluokasta jopa 20 % ilmoitti, että ei ole ollut työssä kodin ulkopuolella ja heistä jopa 39 % oli ollut työntekijänä ilman ammatillista koulutusta. Mielenkiintoisesti yli 60-vuotiaista oli ollut eniten yrittäjinä, jopa 30 %. Jos tilannetta tarkastelee työyhteisön aseman mukaan niistä, jotka eivät ole olleet töissä, on opiskelijoina

36 %, 27 % työttömänä ja 14 % työkyvyttömyyseläkkeellä. Työntekijöistä ilman ammattikoulutusta on eniten työttömänä (29 %), mutta heitä jakaantui tasaisimmin eri ryhmiin. Niin ammattikoulutetuista työntekijöistä (54 %), alemmista toimihenkilöistä (46 %), kuin myös ylemmistä toimihenkilöistä (52 %) selkeästi suurin osa oli työttömänä. Yrittäjänä toimineista myös suurin osa (36 %) oli työttömänä, seuraavaksi eniten työttömyyseläkkeellä, mutta heitä oli edelleen myös kokopäivätyössä ja myös opiskelijana ja sairaslomalla.

Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Vastaajia pyydettiin arvioimaan kotitaloutensa kaikkia tuloja määritetyillä tuloluokilla 7 eri luokassa sekä arvioimaan, onko menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla viisiportaisella asteikolla hyvin helppoa – erittäin hankalaa välillä. Vastaajista, jotka ottivat kantaa (N=251) menojen kattamiseen, suurin osa koki sen vähintään hankalaksi (83 %). Erittäin hankalaksi sen heistä koki 29 %. Sukupuolittain tarkasteltuna (liitetaulukko 3) naisista jopa 34 % koki menojen kattamisen erittäin hankalaksi, kun miehistä koki niin 24 %. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä (p = 0,131). Kuviossa 6 esitetään kotitalouden ansiotulojen jakaantumista.

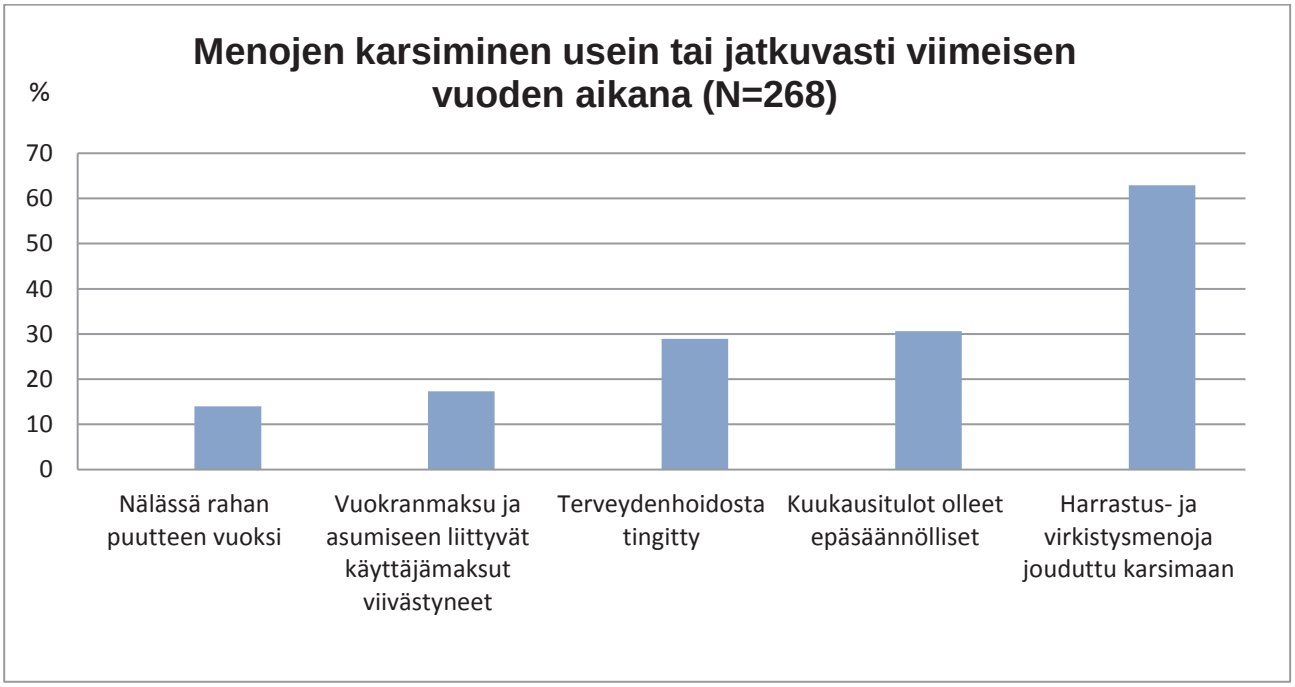


Kuvio 6. Kotitalouden tulot

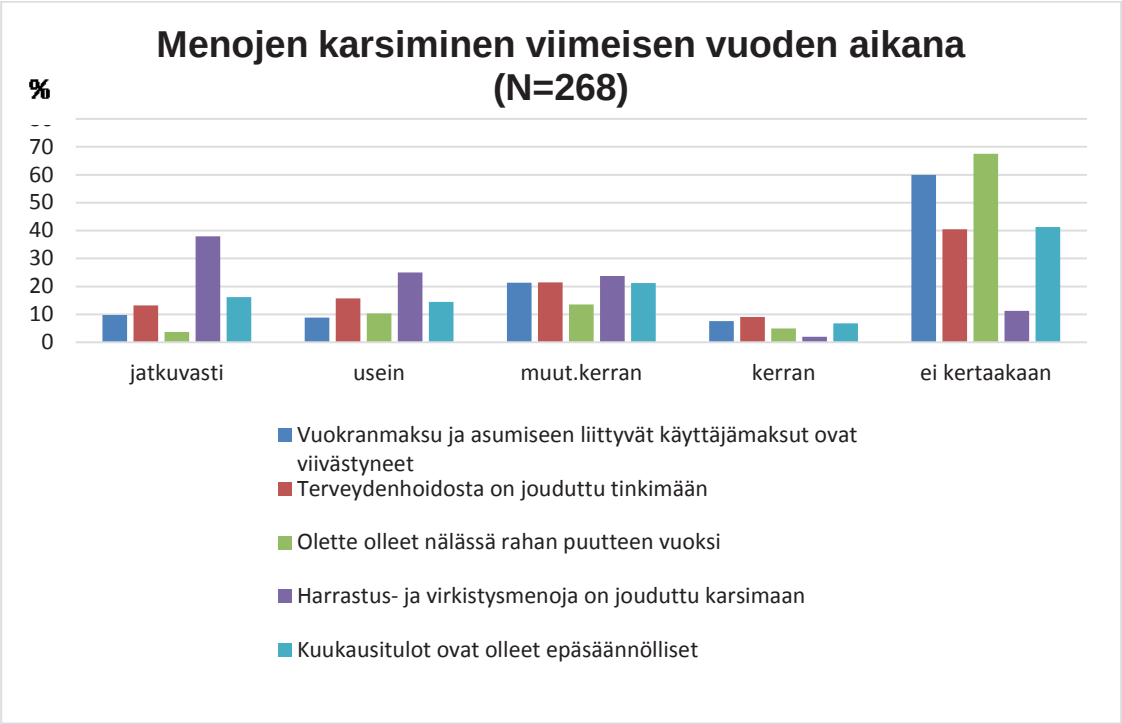
Kuten ylläolevasta kuviosta näkyy, vastaajat kuuluivat kotitaloutensa kaikki tulot huomioiden hyvin pienituloisten joukkoon. Kantaa ottaneista suurimman osan (48 %) kotitalouden yhteiset ansiotulot olivat 500–1000 € kuukaudessa. Seuraavaksi yleisintä oli asuminen kotitalouksissa, joissa tienattiin joko alle 500 € kuukaudessa (16 %) tai 1000–1500 € kuukaudessa (15 %). Vastaajilta tiedusteltiin

myös, että miten muistelee aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, onko perheen taloudellinen tilanne muuttunut siitä ajasta viisiportaisella asteikolla paljon paremmaksi – paljon huonommaksi tai en osaa sanoa. Taloudellisen tilanteen koettiin yleisimmin (53 %) olleen vastausaikana ennallaan verrattuna aikaan ennen Kimmoke-ranneketta. Toisaalta 20 % kantaa ottaneista (N=270) arvioi perheen taloudellisen tilanteen parantuneen ja 11 % sen huonontuneen. Etnisen taustan mukaan tarkasteltuna koettiin melko isoja eroja. Pelkästään maahanmuuttajataustaisista 58 % kokee, että taloudellinen tilanne on muuttunut paremmaksi, kun kantasuomalaisista niin kokee vain 23 %.

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan, kuinka usein hänen kotitaloutensa on ollut viimeisen vuoden aikana erilaisissa rahahuoliin liittyvissä tilanteissa viisiportaisella asteikolla jatkuvasti – ei kertaakaan tai en osaa sanoa. Vastaajilta kysyttiin, että ovatko vuokranmaksu ja asumiseen liittyvät käyttäjämaksut viivästyneet, onko terveydenhoidosta jouduttu tinkimään, onko oltu nälässä rahan puutteen vuoksi, onko harrastus- ja virkistysmenoja jouduttu karsimaan tai ovatko kuukausitulot olleet epäsäännölliset. Vastaajien kotitalouksien kokemia hankaluuksia kattaa erilaisia menojaan kuvataan kuviossa 7 ja 8.



Kuvio 7. Menojen karsiminen usein tai jatkuvasti



Kuvio 8. Menojen karsiminen eri asioista

Ylläolevista kuvioista voidaan havaita, että vastaajien kotitalouksilla oli hyvin yleisesti ollut hankaluuksia kattaa erilaisia menojaan. Peräti 63 % eri asioihin kantaa ottaneista vastaajista oli joutunut karsimaan harrastus- ja virkistysmenoistaan usein tai jatkuvasti. Vastaavasti terveydenhoidosta oli joutunut tinkimään 29 % vastaajista ja vuokranmaksut olivat viivästyneet 17 %:lla usein tai jatkuvasti. Nälän puutteessa oli ollut usein tai jatkuvasti jopa 14 % vastaajista. Jos tarkastellaan vielä harrastus- ja virkistysmenoja, joista jouduttu eniten karsimaan, jopa 87 % asiaan kantaa ottaneista vastaajista (N=248) oli joutunut karsimaan menojaan ainakin muutaman kerran viimeisen vuoden aikana. Tulokset vahvistavat esimerkiksi turkulaisten hyvinvointitutkimuksista aiemmin saatuja tuloksia, joissa osoitettiin, että harrastus- ja virkistysmenoista karsitaan aina ensimmäisenä, kun tulee taloudellisia vaikeuksia (Inkeroinen ym. 2008, 33). Myös julkisuudessa on viime aikoina ollut paljon esillä harrastusmenojen kasvu ja niiden alentamiseksi on annettu jopa suosituksia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisussa harrastamisen hinnan on todettu kytkeytyvän yhteen Suomen merkittävimmistä yhteiskunnallisista ongelmista – kasvaviin terveyseroihin, joihin ei ole toistaiseksi löytynyt ratkaisua (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2016, 10).

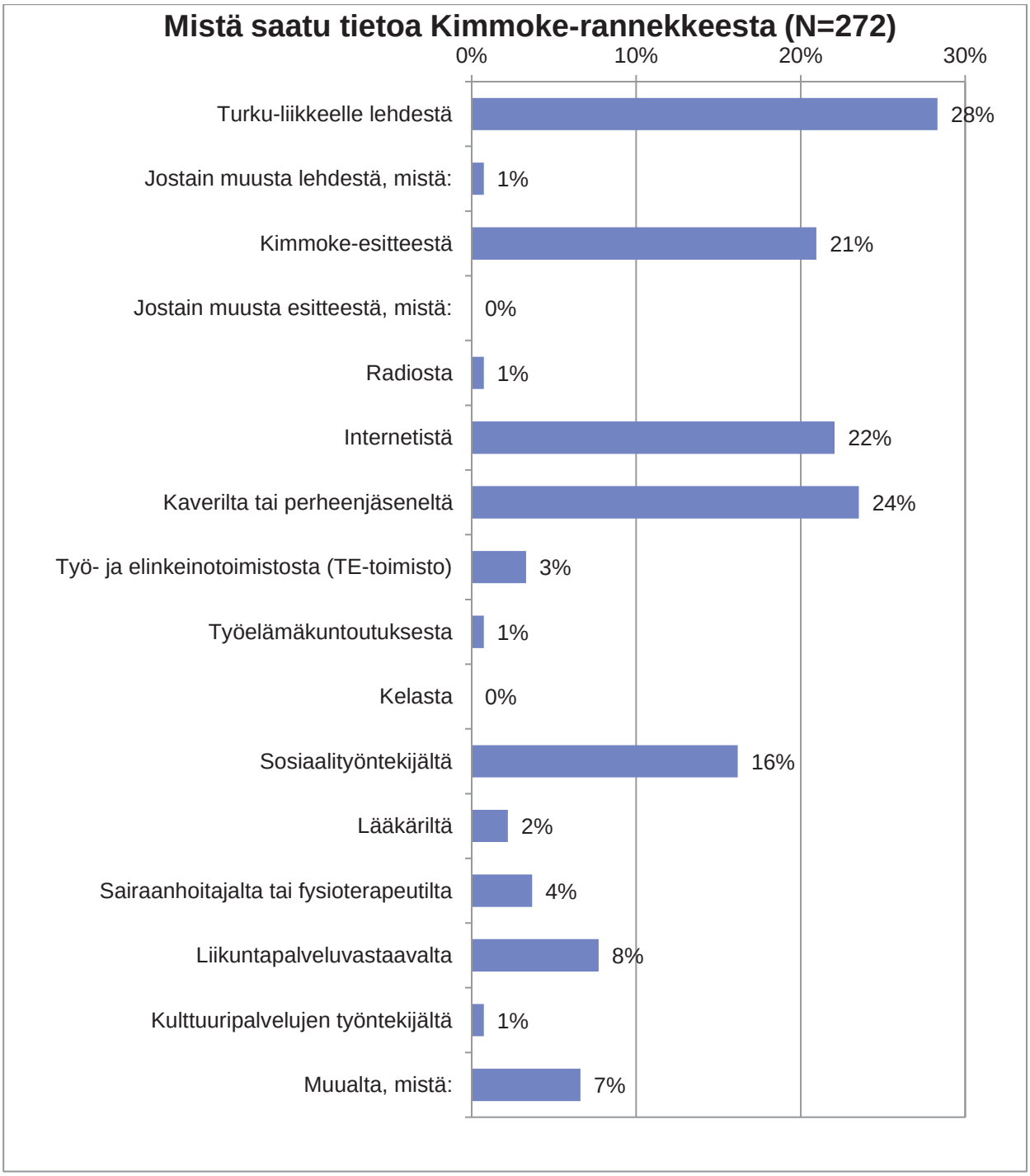
6.2 Käyttöönoton taustatietoja

Oikeus saada Kimmoke-ranneke erilaisin perustein pitää todentaa, jotta ranneke osataan myydä juuri niille kaikkein vähävaraisimpien kohderyhmille, joille se on tarkoitettu. Vastaajilta kysyttiin, mikä on ollut se päätös, jolla hän on oikeuden rannekkeen ostoon todistanut. Vastaajista ylivoimainen enemmistö (41 %) oli saanut rannekkeen Kelan työmarkkinatuen perusteella, toimeentulotukipäätöksellä rannekkeeseen oli oikeutettu 22 % vastaajista, Kelan peruspäivärahalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä rannekkeen oli ostanut 14 %, Kelan kuntoutustuella 6 % ja kotoutumistuella vain 1 %. Lähes 80 % vastaajista osti siis erilaisilla Kelan antamilla todistuksilla rannekkeensa. Vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvista oli 67 % saanut työkyvyttömyyseläkepäätöksellä rannekkeen, eikä kukaan heistä ollut saanut toimeentulotukipäätöksellä rannekkeen osto-oikeutta. Kaikissa muissa ikäryhmissä sen sijaan runsas viidennes oli saanut rannekkeen sillä. Nuorimmassa ikäluokassa sen sijaan Kelan peruspäivärahalla oli saatu ranneketta enemmän kuin muissa ryhmissä.

Vastaajista ranneke oli edelleen käytössä 67 %:lla. Rannekkeen nykyomistajista oli naisia 46 % ja niistä, joilla ei ollut ranneketta, oli naisia 61 %. Rannekkeen nykyomistajista (liitetaulukko 4) oli töissä vain 1 %, kun aiemmista omistajista oli vastaushetkellä kokopäivätyössä 11 %. Myös työllisyyskoulutuksessa ja pitkäaikaisella sairaslomalla oli entisiä omistajia nykyomistajia selkeästi enemmän. Sen sijaan nykyomistajista noin puolet oli työttömänä, kun aiemmista omistajista vain neljäsosa oli työttömiä. Erot ovat tilastollisesti merkitsevästi erilaisia ($p = 0{,}000$). Niillä, joilla ei enää ollut ranneketta, jakaantuivat syyt, miksi sitä ei ollut enää käytössä eri vaihtoehtojen välillä paljon. Suurimmaksi selittäväksi tekijäksi oli valittu muu syy (28 % vastaajista). Selityksenä oli hyvin monenlaisia syitä lueteltuna, kuten kuljetuspalveluiden puute, terveydentilan muutokset, leikkaukseen meno, siirtyminen Seniorikortin käyttäjäksi, rajoitettu käyttöaika arkisin tai monet ilmaiset ulkoliikuntamahdollisuudet. Niiden kesken, jotka valitsivat jonkin tietyn kysymysvaihtoehdossa annetun syyn, jakautuivat perusteet määrällisesti melko paljon. Yleisin syy oli, että oli saanut työtä eikä enää ollut oikeutta saada sitä (21 %), rahan puutteen vuoksi 19 % ei ollut hankkinut ranneketta, saamattomuuden ilmoitti syykseen 15 % vastaajista, ostoon oikeuttavaa todistusta ei saanut 9 %, 5 % ei saa sitä enää osana toimeentulotukea ja 2 % koki, että ei ollut käyttänyt sitä edellisellä kerralla hankittuaan rannekkeen. Vain 2 % koki, että rannekkeesta ei ole ollut hyötyä hänelle.

Tutkimuksessa selvitettiin, mistä käyttäjät olivat saaneet rannekkeesta tietoa. Kysymyksessä luetteloitiin muuttujiksi 15 eri paikkaa tai tahoa, joista vastaajien oletettiin saaneen tietoa. Kimmoke-rannekkeesta on esimerkiksi tehty erilaisia esitteitä, joita on jaettu eri toimijatahojen pisteisiin, joissa mahdollisia asiakkaita käy. Lisäksi eri lehtiin on tehty markkinoivia uutistekstejä, jotta tietoisuus

rannekkeesta leviäisi. Kuviossa 9 näkyy nämä yleisimmät paikat tai tahot, joista tietoa on voinut saada ja vastaukset, mistä sitä on saatu.



Kuvio 9. Tieto Kimmoke-rannekkeesta

Tietoa Kimmoke-rannekkeesta vastaajat olivat saaneet monipuolisesti eri tahoilta. Turku liikkeelle–lehteä on julkaistu säännöllisesti kolme kertaa vuodessa jokaiseen turkulaiseen talouteen 20 vuotta, ja tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että turkulaiset löysivät siitä useimmiten myös tämän uuden palvelun (28 %). Seuraavaksi eniten tietoa oli saatu kaverilta tai perheenjäseneltä (24 %), mikä kertoo siitä, että kun jokin palvelu on toimiva, sana sellaisen olemassaolosta leviää helposti. Näyttää siltä,

että myös Kimmoke-esite on ollut toimiva ratkaisu (21 %), ja sen sekä samoin kuin hyvänä tietolähteenä olleiden nettisivujen (22 %) ajantasaisuudesta tulee huolehtia tärkeinä tiedonlähteinä jatkossakin. Ammattiryhmistä sosiaalityöntekijät (16 %) olivat eniten tietoa antaneita, mikä on toivottavaakin, koska juuri heidän toimeentuloasiakkaita tavoitellaan rannekkeen käyttäjiksi. Seuraavaksi eniten oli saatu tietoa liikuntapalveluvastaavilta (8 %). Terveydenhuollon ammattiryhmistä sairaanhoitajat tai fysioterapeutit olivat tiedottaneet (4 %) enemmän kuin lääkärit, joilta oli saatu hyvin niukasti tietoa (2 %), vaikka juuri rannekkeeseen oikeutetut potentiaalit käyttäjät käyvät säännöllisesti lääkärin vastaanotoilla, kuten myöhemmin esitetään. Huomioitavaa on, että myöskään Kelasta ei ilmoittanut kukaan saaneensa tietoa, vaikka juuri Kelan tietyt tuet oikeuttavat rannekkeen ostoon. Sen sijaan työ- ja elinkeinotoimistosta ja työelämäkuntoutuksesta olivat jotkut saaneet tietoa. Iän mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 5) tilastollisesti merkitsevästi eroa oli eri ikäryhmien välillä tiedon saannissa. Esimerkiksi nuorimmista 21–30-vuotiaista oli vain 6 % saanut tietoa lehdestä kun 51–60-vuotiaista 46 % oli saanut tietoa lehdestä ($p = 0,000$). Sen sijaan internetistä oli kaksi nuorinta ikäluokkaa saanut eniten tietoa (24 % ja 35 %), kun vanhimmista ei kukaan ollut sieltä saanut tietoa ($p = 0,007$). Kimmoke-esitteestä oli nuorin ikäluokka (35 %) saanut tietoa eniten ($p = 0,010$) ja lääkäriltä taas olivat saaneet yli 60-vuotiaat (20 %) eniten tietoa ($p = 0,003$).

6.3 Palvelujen käyttö, merkitys ja palvelutyytyväisyys

Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvien 14 eri palveluiden käytön useutta (liitetaulukko 6) selvitettiin siten, että vastaajan piti ottaa kantaa kuinka usein hän keskimäärin kyseistä lueteltua palvelua käyttää. Kysyttiin, onko käyttö lähes päivittäistä, muutamia kertoja viikossa, viikoittain, pari kertaa kuukaudessa tai harvemmin tapahtuvaa tai käyttöä ei kertaakaan. Kimmoke ranneketta oli tyypillisimmin käytetty uimahallissa (32 % vastaajista) ja kuntosaleilla (31 % vastaajista) muutamia kertoja (2–4x/vk) viikossa (=moodi). Uimahalli- ja kuntosalikäynnit kerran viikossakin olivat vielä tyypillisempiä rannekkeen käyttömuotoja kuin mikään muu palvelu. Niitä, jotka käyttivät näitä palveluja lähes päivittäin (5–7x/vk), oli vastaajista uimahallissa 5 % ja kuntosalilla 9 %. Näin ollen vastaajista yhteensä niitä, jotka käyttävät em. yleisimpiä palveluita vähintään kerran viikossa, oli uimahalleissa peräti 60 % ja kuntosaleilla 55 % vastaajista. Jos tähän vielä lisätään ne, jotka käyttävät palvelua 1–2 kertaa kuukaudessa, on vastaajista 72 % säännöllisiä uimahallikäyttäjiä ja 64 % kuntosalikäyttäjiä. Toisaalta 17 % vastaajista ei ollut käyttänyt uimahallia ollenkaan ja 22 % ei ollut käyttänyt kuntosalia. Jos vielä lasketaan kaikista vastaajista pois ne, jotka eivät ollenkaan käytä ko. palveluja, oli kuntosalikävijöistä erittäin aktiiveja palvelun käyttäjiä (5–7x/vk) 11 % ja uimahallikävijöistä 6 %. Naisten ja

miesten käyttö erosi (liitetaulukko 7) vielä siten, että 67 % vastaajanaisista käytti uimahallia vähintään viikoittain, kun miehistä sitä käytti 52 %. Sen sijaan kuntosalilla (liitetaulukko 8) käy 61 % vastaajamiehistä vähintään viikoittain, kun naisista heitä oli 50 %. Sukupuolien molemmat käytöt eroavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (uimahallikäyntien p = 0,006 ja kuntosalikäyntien p = 0,002).

Kulttuuripalveluista (liitetaulukko 6) yleisintä oli museoissa käynti 1–2 kertaa kuukaudessa. Kaikkiaan vastaajista 9 % oli käynyt museoissa vähintään kerran kuukaudessa tai enemmän, 6 % oli käynyt konserteissa, 4 % orkesterin kenraaliharjoituksissa tai koko perheen teatteriesityksissä. Tekstiviestikutsuilla vastaajat olivat eniten (11 %) vähintään kuukausittain osallistuneet urheilutapahtumien seurantaan, konsertit olivat houkutelleet 8 % vastaajista ja 6 % oli mennyt teatteriin kutsun innoittamana. Kädentaitopajat (92 % vastaajista) ja lainattavat liikuntavälineet (90 % vastaajista) olivat palveluista suurimmalle osalle vastaajille sellaisia, että niitä ei ole kertaakaan käytetty. Koko perheen teatteriesitykset, orkesterin kenraaliharjoitukset ja kirjastotutustumiset tekstiviestein olivat myös sellaisia, joita suuri osa vastaajista (86–87 %) ei ollut käyttänyt kertaakaan.

Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvien 14 eri palveluiden käytön merkitystä selvitettiin siten, että vastaajan piti ottaa kantaa viisiportaisella asteikolla erittäin tärkeä - täysin merkityksetön kuhunkin palveluun. Jos ei ole käyttänyt palvelua tai ei tunne sitä, annettiin vaihtoehdoksi vastata myös ”en osaa sanoa”. Kantaa ottaneista vastaajista Kimmoke-rannekkeen palveluista (liitetaulukko 9) peräti 71 % piti uimahallikäyntejä erittäin tärkeänä itselle ja lisäksi vielä 18 % melko tärkeänä. Kuntosalikäynnit olivat lähes yhtä merkityksellisiä (64 % ja 19 %). Huomioitavaa kaikista rannekkeen palveluista on, että naisista jopa 80 % pitää uimahallikäyntejä itselle erittäin merkittävänä (liitetaulukko 10). Jos tähän vielä lisätään niitä melko tärkeänä pitävien osuus, naisista jopa 93 % piti uimahallikäyntejä erittäin merkityksellisinä, kun miehistä heitä oli yhteensä 84 %. Merkityksen kokemisella eri sukupuolilla oli tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,014). Kuntosalikäynnit (liitetaulukot 11 ja 12) sen sijaan olivat molemmille sukupuolille yhtä merkityksellisiä. Kantaa ottaneista 83 % piti niitä tärkeänä tai melko tärkeänä. Kaukana näiden palveluiden perässä seuraavaksi merkittävimmäksi kaikki vastaajat kokivat tekstiviestikutsut teatteriin, joita 48 % piti erittäin tai melko tärkeänä (liitetaulukko 9). Kutsut konsertteihin ja urheiluotteluihin, museokäynnit sekä konsertit koettiin 41–44 % mielestä erittäin tai melko tärkeänä. Palvelujen käytössä tai merkityksessä ei ollut ansiotulojen mukaan eroja. Rannekkeen nykyomistajien ja entisten omistajien (liitetaulukko 13) kohdalla palveluiden merkitys arvioitiin muuten yhtä merkittäviksi, mutta kuntosalikäynnit olivat merkittävämpiä rannekkeen nykyomistajille (p = 0,005). Nykyomistajista 70 % piti käyntejä erittäin tärkeänä, kun entisistä omista-

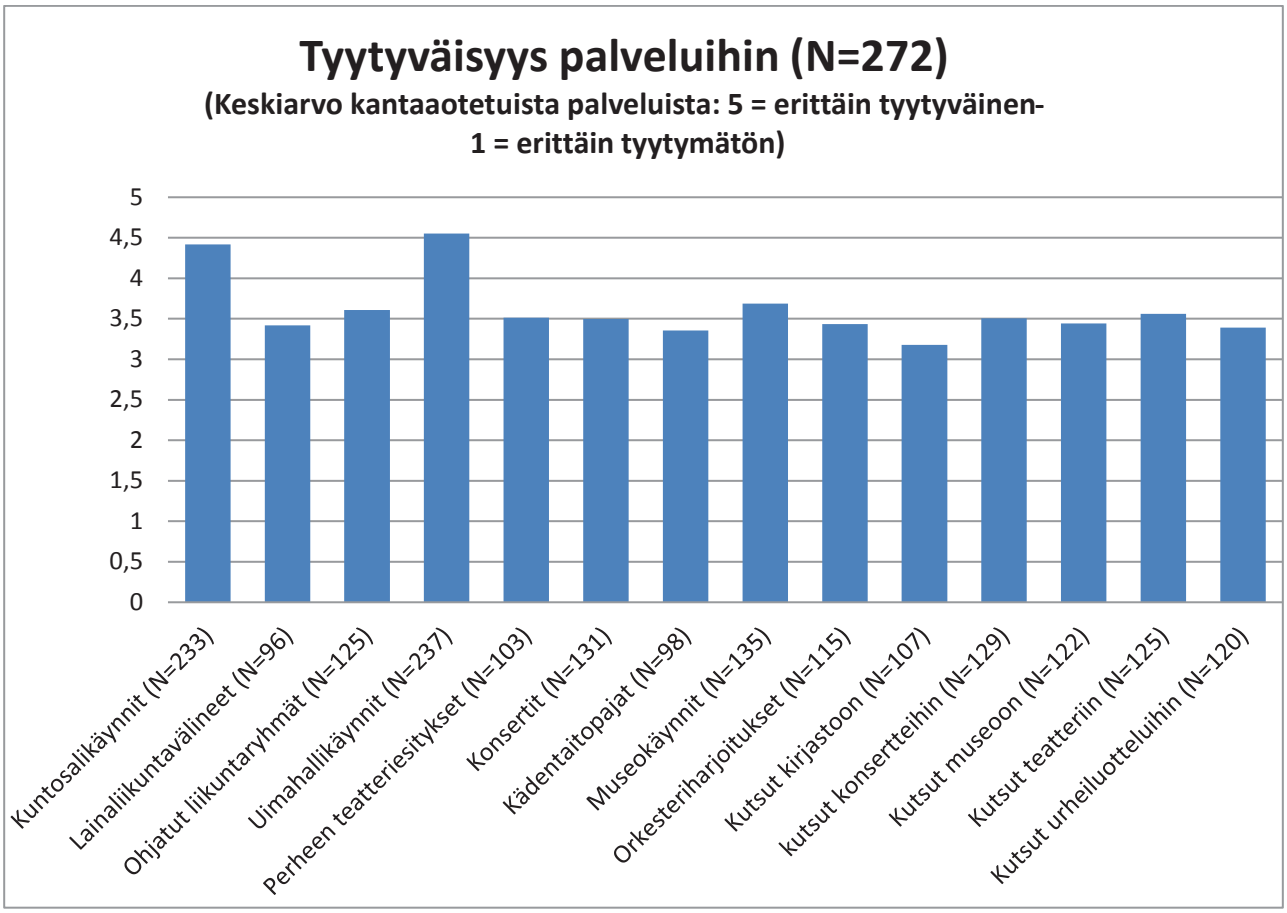
jista niin koki 51 %. Kimmoke-rannekkeen tärkeyttä arvioitaessa eniten käytettyjen palvelujen merkitys vastasi siis sitä, miten niitä on käytettykin. Palvelujen merkitystä tilastollisesti tarkastellen esimerkiksi uimahallikäyntien merkitys korreloi voimakkaasti siihen, kuinka tyytyväinen kaikkiaan on ollut Kimmoke-rannekkeen tarjontaan/ palveluihin (r= 0,74) tai kuinka on käyttänyt Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvia palveluja (r= 0,61). Vastaavasti kuntosalikäynnit korreloivat tyytyväisyyteen (r= 0,74) ja käytön useuteen (r= 0,72).

Sukupuolittain tarkasteltuna (liitetaulukot 14–19) erityisesti kulttuuripalvelujen koetussa merkityksessä oli tilastollisesti merkitsevät erot. Naisista 56 % koki tekstiviestikutsut teatteriin (p = 0,014) ja konsertteihin (p = 0,005) erittäin tai melko tärkeänä, kun miehistä koki näin vain 37 % teatterikutsuista ja 29 % konserttikutsuista. Konserttien (p = 0,049) ja museokäyntien (p = 0,045) kokemisessa oli myös vastaavat erot. Naisista 50 % kokee ne tärkeiksi, kun miehistä vain 31 % kokee niin. Myös orkesterin kenraaliharjoitukset (p = 0,015) ja tekstiviestikutsut museoon (p = 0,008) olivat naisille tilastollisesti enemmän merkitseviä. Sen sijaan miehille kaikkiaan kolmanneksi tärkeimpänä kuntosali- ja uimahallikäyntien jälkeen näyttäytyy selkeästi tekstiviestikutsut urheiluotteluihin (liitetaulukko 12). Kantaa ottaneista miehistä 47 % koki ne itselle merkittävinä. Naisista näin koki 38 %. Toisaalta 24 % kaikista vastaajista koki täysin merkityksettöminä tekstiviestikutsut urheiluotteluihin eli ne jakavat ihmisten mielipiteitä (liitetaulukko 9). Myös koko perheen teatteriesitykset ja kädentaitopajat koettiin lähes yhtä monen kantaa ottaneen vastaajan osalla täysin merkityksettöminä. Lainattavat liikuntavälineet olivat kantaa ottaneille vieläkin merkityksettömämpiä, kun 27 % piti niitä täysin merkityksettöminä. Toisaalta juuri liikuntavälineiden kohdalla 45 % vastaajista ei osannut arvioida välineiden merkitystä eli niitä ei tutkimuksen mukaan tunneta. Kaikkiaankin eri palvelujen kohdalla niitä, jotka eivät osanneet sanoa eli kantaa ottamatta jättäneitä oli keskimäärin 34 % vaihdellen uimahallien 9 %:sta juuri lainattaviin liikuntavälineisiin. Kantaa ottamattomuus oli siis linjassa siihen miten palveluja oli käytettykin eli jos ei ollut käyttänyt palvelua, jätti ottamatta kantaa sen merkitykseen.

Jos tärkeimmiksi arvioituja palveluja vielä tarkastellaan etnisen taustan mukaan, näkyy pieniä eroja mielipiteissä (liitetaulukko 20). Kaikista kantaa ottaneista kantasuomalaisista uimahallikäyntejä piti erittäin tai melko tärkeänä itselle 89 %. Jos tarkastellaan pelkästään niitä, jotka ovat syntyperältään täysin muualta tulleita, eikä kumpikaan vanhemmista ole Suomessa syntynyt, 82 % heistä kokee uimahallikäynnit tärkeiksi itselle. Kuntosalikäyntien (liitetaulukko 21) merkityksessä kantasuomalaisista 84 % pitää niitä itselle tärkeinä ja kokonaan maahanmuuttajataustaisista vain 71 %. Jos vielä verrataan täysin maahanmuuttajataustaisia naisia kantasuomalaisiin naisiin, on iso ero uimahallikäyntien merkityksessä (liitetaulukko 22). Heistä 75 % pitää niitä merkityksellisinä, kun suomalaisista naisista 94 % piti uimahallikäyntejä erittäin tai melko tärkeinä. Kuntosalien merkityksen kohdalla ero

ei ole näin suuri (liitetaulukko 23). Kantasuomalaisista naisista kuntosaleja pitää itselle erittäin tai melko tärkeinä 83 % ja kokonaan maahanmuuttajataustaisista naisista 78 %. Maahanmuuttajataustaisilla naisilla kuntosalikäynnit koetaan siis hieman tärkeämpinä. Toisin on maahanmuuttajataustaisilla miehillä (liitetaulukot 24 ja 25). Jos tarkastellaan täysin maahanmuuttajataustaisia miehiä, heistä 86 % koki uimahallikäynnit ja vain 67 % kuntosalikäynnit merkittäviksi itselle. Uimahallikäyntien merkitys on kantasuomalaisten miesten kanssa samalla tasolla (84 %), mutta kuntosalien merkitys alemmalla tasolla kuin kantasuomalaisilla (86 %).

Tyytyväisyyttä Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvien 14 eri palveluun selvitettiin siten, että vastaajan piti ottaa kantaa viisiportaisella asteikolla erittäin tyytyväinen - erittäin tyytymätön kuhunkin palveluun tai ei osaa sanoa. Tyytyväisyyttä rannekkeen palveluihin kuvataan keskiarvoilla kuviossa 10.



Kuvio 10. Tyytyväisyys palveluihin

Tyytyväisyyttä rannekkeen palveluihin arvioitaessa nousivat uimahalli- ja kuntosalikäynnit ylivoimaisiksi sellaisiksi palveluiksi, joihin ollaan erittäin tyytyväisiä. Kantaa ottaneista 71 % arvio olevansa erittäin tyytyväinen uimahallikäynteihin ja 62 % kuntosalikäynteihin. Jos tähän vielä lisätään melko tyytyväisten vastaajien määrää, peräti 89 % kantaa ottaneista on tyytyväisiä uimahallikäynteihin ja 84 % kuntosalikäynteihin. Keskiarvoilla laskettuna uimahallikäynnit saavat erinomaisen arvon

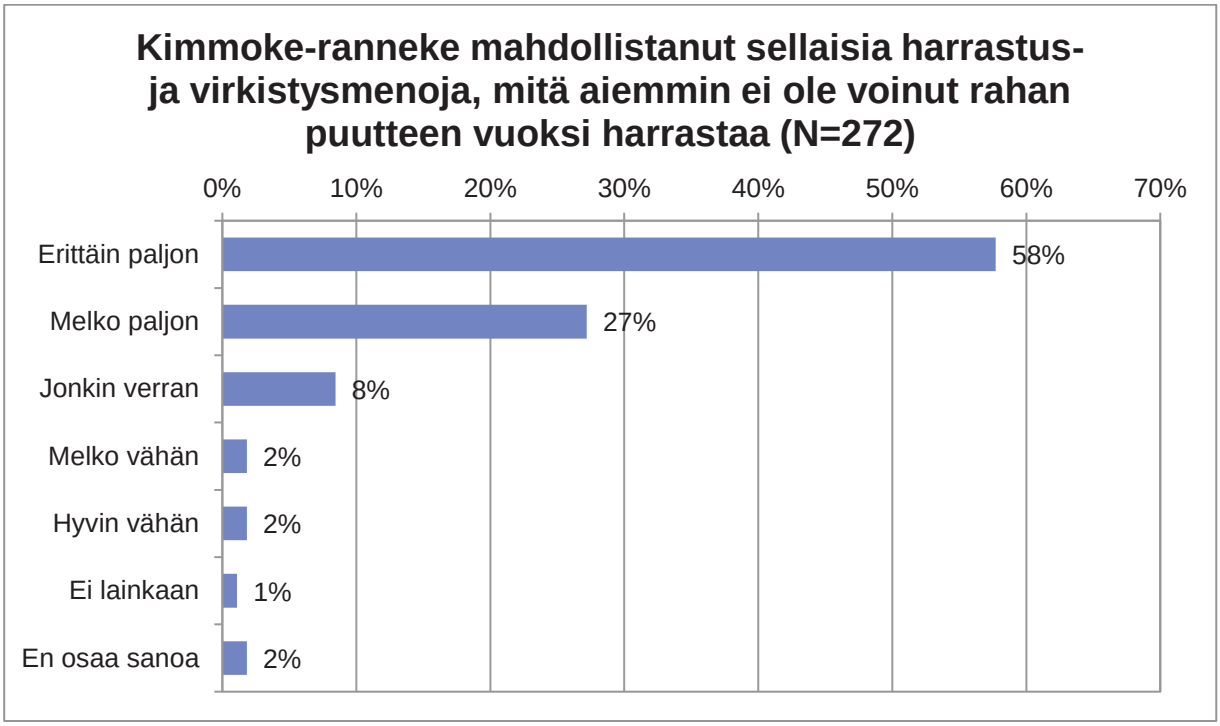
4,6 ja kuntosalikäynnit 4,4. Seuraavaksi suosituimmaksi eli toiseen kategoriaan nousevat museokäynnit, ohjatut liikuntaryhmät, koko perheen teatteriesitykset sekä kutsut teatteriin ja konsertteihin. Nämä kaikki saavat keskiarvon 3,5–3,7. Toisaalta kaikkiin palveluihin oltiin melko tyytyväisiä, kun huonoimmankin keskiarvon saavat tekstiviestikutsut kirjastopalveluihin saavat keskiarvon 3,2. Vähiten osattiin arvioida tyytyväisyyttä lainattaviin liikuntavälineisiin, kädentaitopajoihin ja koko perheen teatteriesityksiin. Niissä kaikissa oli kantaa ottamattomia runsas kuusikymmentä prosenttia vastaajista. Sukupuolittain tarkasteltuna eroa oli lähinnä kulttuuripalveluissa, joita naiset arvioivat paremmiksi kuin miehet. Naisten antamat keskiarvot liikkuivat 3,7–3,9 välillä ja miesten 3,1–3,4 välillä. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna palveluun tyytyväisyydessä ei ollut tilastollisia eroja.

Kimmoke-rannekkeelle pyydettiin myös antamaan yleisarvio kouluarvosanoilla 4–10. Keskiarvoksi tuli lähes kiitettävä 8,8. Rannekkeeseen ja sen palveluihin ollaan siis kaikkiaan hyvin tyytyväisiä. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä tyytyväisyydessä ei ollut eroa. Nykyomistajat antoivat arvoksi 8,9 ja ei-omistajat 8,7. Nykyisen terveydentilan mukaan tarkasteltuna keskiarvoerot vaihtelivat johdonmukaisesti erittäin huonoksi terveytensä arvioineiden antaman arvosanan 8 ja erittäin hyväksi sen arvioineiden 9,2 välillä. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Sen sijaan ne, jotka kokevat, että terveydentila on parantunut huomattavasti, antoivat Kimmokkeelle kouluarvosanan 9,2 ja huomattavasti heikentyneellä terveydentilalla 8,5 (liitetaulukko 26.). Molemmat keskiarvot ovat silti huomattavan korkeita. Näissä kouluarvioissa kaikkiaan oli tilastollisesti merkitsevää eroa ($p = 0,000$). Esimerkiksi niistä, joilla terveydentila on parantunut huomattavasti, jopa 83 % antaa keskiarvoksi 9 tai 10, kun niistä, joilla terveydentila pysynyt ennallaan, vain 46 % antaa samat luvut keskiarvoksi.

6.4 Harrastus- ja virkistysmenoihin ja palveluihin osallistumisen mahdollistuminen

Köyhyyttä määritellään usein sen mukaan, mikä yhteiskunnassa on sellaista, jonka puute heikentää osallisuuden mahdollisuuksia vallitsevassa kulttuurissa ja ympäristössä, ja siten myös koettua elämänlaatua (Kangas ja Ritakallio 2003, 52–54). Esimerkiksi uimahallipalveluihin pääsemistä voidaan pitää tämän päivän ihmiselle terveyden ylläpitämisen perustarpeena, johon tulisi olla varaa sen mukaan, miten itse tahtoo osallistua sen sijaan, että lipun hinta olisi esteenä oman terveyden ylläpitämiseksi. Lisäksi, kun vapaa-ajan ja sen laadullisen sisällön merkitys on kasvanut turkulaisten hyvinvointitutkimuksissa 1990-luvulta tultaessa 2010-luvulle (Inkeroinen ym. 2008, 15–17), voidaan kuvitella, kuinka iso koettuun hyvinvointiin vaikuttava asia harrastus- ja virkistysmenoista karsiminen

voi olla yksilöille. Tässä tutkimuksessa harrastus- ja virkistystoimintaan osallistumisen mahdollisuutta selvitettiin kysymällä, missä määrin vastaajat kokevat, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ei ole voitu rahan puutteen vuoksi harrastaa. Asian kokemista selvitettiin kuusiportaisella asteikolla erittäin paljon - ei lainkaan tai en osaa sanoa vaihtoehdolla (kuvio 11).

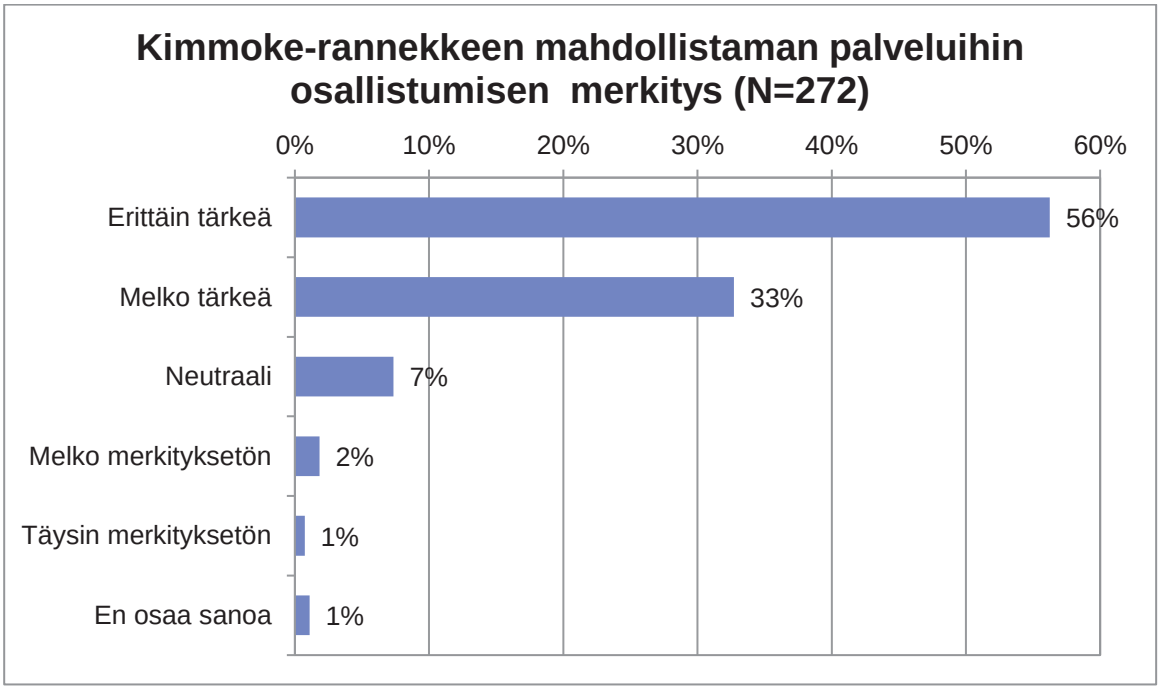


Kuvio 11. Kimmokkeen mahdollistama harrastaminen

Harrastus- ja virkistysmenot mahdollistuivat Kimmoke-rannekkeella aiemman rahan puutteen vuoksi erittäin paljon (58 %) tai melko paljon (27 %). Kaikkiaan 93 % vastaajista koki saaneensa apua vähintään jonkin verran harrastus- ja virkistysmenoihinsa. Naisista koki 66 % erittäin paljon tai 21 % melko paljon ja miehistä 51 % ja 35 % rannekkeen mahdollistavan sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, johon rahan puutteen vuoksi ei ole aiemmin ollut varaa (liitetaulukko 27). Sukupuolien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p = 0,025$). Iän mukaan tarkasteltuna ranneke mahdollisti harrastamisen erittäin paljon 51–60-vuotiailla naisille (79 %). Näin oli myös kaikkien yli 60-vuotiaiden kohdalla. Heistä kaikki vastaajat kokivat saavansa apua erittäin paljon (80 %) tai melko paljon (20 %). Tilastollisesti ei kuitenkaan mitään eroja ollut ikäryhmien välillä. Sen sijaan, jos tarkastellaan vastauksia rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 28), kokemuksilla on tilastollisesti merkitsevää eroa ($p = 0,004$). Nykyisistä rannekkeen omistajista jopa 65 % koki rannekkeen mahdollistaneen harrastus- ja virkistysmenoja erittäin paljon ja 27 % melko paljon. Niistä, joilla ranneketta ei enää ole koki niin 47 % ja 27 %.

Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan (liitetaulukko 29) 1500–2000 € kuukaudessa olevien kotitalouksien kohdalla kaikki vastaajat kokivat erittäin paljon (73 %) tai melko paljon (27 %) rannekkeen mahdollistaneen sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja menoja, johon rahan puutteen vuoksi ei ole aiemmin ollut varaa. Kaikista alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista 93 % koki, että ranneke on erittäin paljon tai melko paljon mahdollistanut harrastus- ja virkistysmenoja. Sen sijaan tätä ylimenevissä talouksissa asuvista yhteensä vain 70 % koki niin. Kaikkiaan ansiotulojen mukaan erot ovat tilastollisesti merkitseviä (p = 0,009).

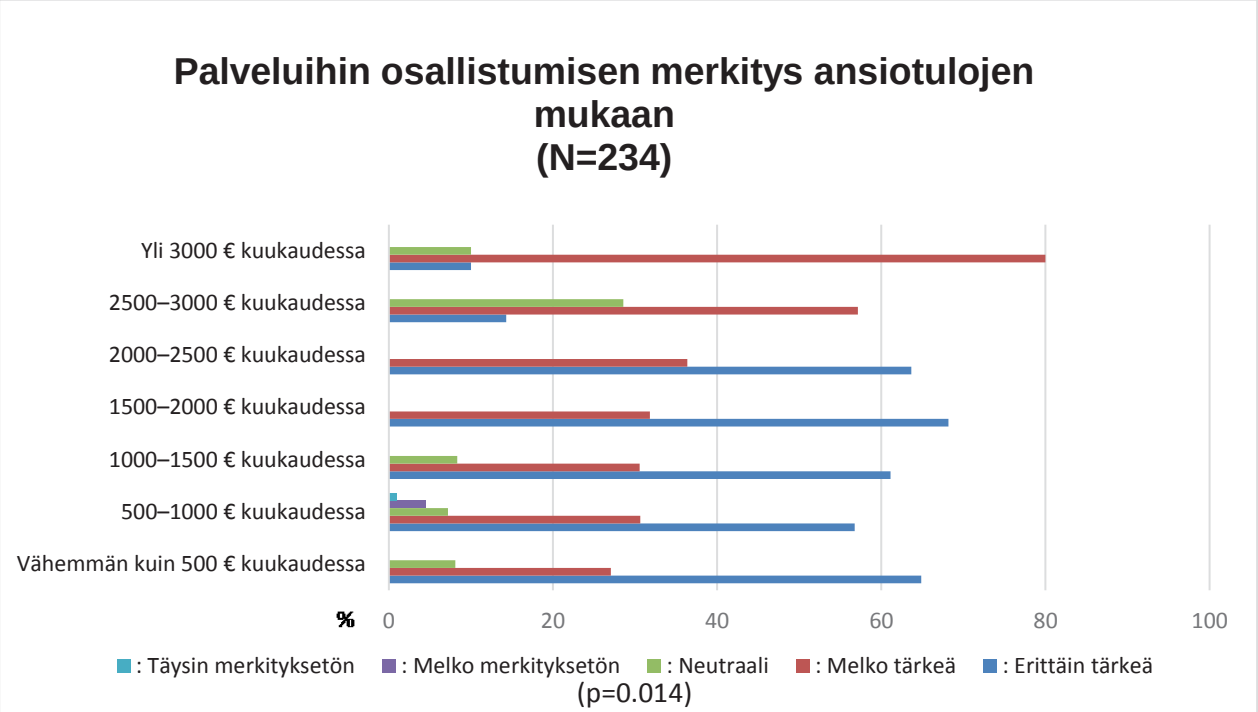
Osallistumisen ja mielekkään tekemisen merkitys on todettu erittäin tärkeäksi ihmisen hyvinvoinnille jo pitkään (Allardt 1976, 47). Sosiaalipolitiikassa korostetaankin ihmisen mahdollisuutta tehdä valintoja ja kantaa niiden seuraukset. Myös kuntoutuksen tavoitteena nykyään yleisesti on aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen. Osallistumisen kannalta on merkittävää, että on vapaa päättämään osallistuuko vai ei. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 151–154.) Tässä tutkimuksessa kysyttiin arviota siitä, miten tärkeänä Kimmoke-rannekkeen mahdollistamaa osallistumista palveluihin pidetään kaikkiaan itselle ja omalle elämälle. Palveluihin osallistumisen merkitystä kuvataan kuvioissa 12.



Kuvio 12. Kimmokkeen merkitys palveluihin osallistumisessa

Rannekkeen mahdollistaman palveluihin osallistumisen oman elämänsä kannalta koki erittäin tai melko tärkeäksi suurin osa vastaajista (89 %). Myös tässä kysymyksessä rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 30), merkityksen kokemisessa on tilastollisesti merkitsevää eroa (p = 0,004). Osallistumisen mahdollistumisen oman elämänsä kannalta koki erittäin tärkeäksi 63 % ja tärkeäksi 31 % rannekkeen nykyomistajista. Ei-omistajista erittäin tärkeäksi sen arvioi 44 % ja

tärkeäksi 38 %. Naisista jopa 66 % koki merkityksen erittäin tärkeäksi ja miehistä hieman vajaa puolet vastaajista (liitetaulukko 31). Jos naisten melko tärkeäksi arvioimat vastaukset vielä lasketaan yhteen, jopa 95 % arvioi osallistumisen palveluihin itselle tärkeäksi. Sukupuolien väliset erot olivat myös tilastollisesti merkitseviä (p = 0,011). Myös tässä kysymyksessä ikäryhmittäin tarkasteltuna yli 60-vuotiaista 80 % sekä 51–60-vuotiaista naisista lähes 80 % pitävät ranneketta itselle erittäin tärkeänä. Eri-ikäisillä miehillä sen sijaan vastaukset jakaantuvat paljon tasaisemmin. Tilastollisia eroja ei havaittu. Akateemisen tutkinnon suorittaneille osallistumisen merkitys koettiin kaikkein tärkeimpänä, jopa 83 % piti sitä itselle erittäin tärkeänä. Toisaalta akateemisen tutkinnon suorittaneita oli vastaajissa vähän (N=6) ja koulutusryhmien välillä ei tilastollisia eroja ollut. Palveluihin osallistumisen merkitystä ansiotulojen mukaan kuvataan kuviossa 13.



Kuvio 13. Kimmokkeen merkitys palveluihin osallistumisessa ansiotulojen mukaan

Kotitalouden ansiotulojen noustessa yli 2500 euroon kuukaudessa vähenee rannekkeen mahdollistaman osallistumisen merkitys oleellisesti. Esimerkiksi osallistumisen mahdollistamista 2000–2500 euroa kuukaudessa ansaitsevissa kotitalouksissa asuvista vielä 64 % piti sitä itselle erittäin tärkeänä, mutta sitä isommassa seuraavassa tuloluokassa vain 14 % koki niin. Suurimmassa tuloluokassa erittäin tärkeänä sitä piti enää 10 % vastaajista. Yhteensä alle 2000 euroa ansaitsevissa talouksissa asuvista 93 % arvioi rannekkeen mahdollistaman palveluihin osallistumisen oman elämänsä kannalta erittäin tai melko tärkeäksi, kun tuon tulorajan yli asuvista näin koki 87 %. Rannekkeen mahdollistaman osallistumisen merkitystä pidetään siis kaikkiaan erittäin merkityksellisenä kaikissa tuloluokissa

(liitetaulukko 32), mutta eri tuloluokkien kokemat erot poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (p = 0,014).

6.5 Vaikutukset harrastamiseen ja liikkumiseen

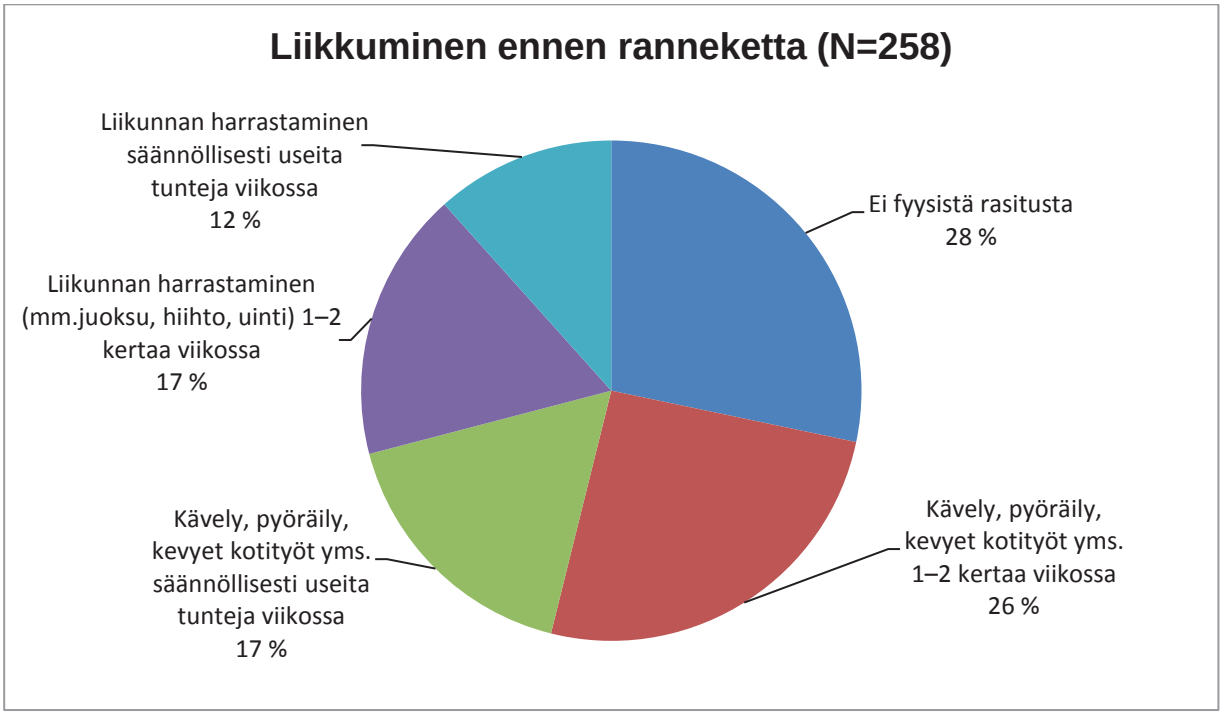
Kimmoke-rannekkeen vuoksi lisättyä liikkumisharrastamista tai osallistumista urheiluotteluihin tai kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin kysyttiin kuusiportaisella asteikolla erittäin paljon - en ole lisännyt harrastamista. Peräti 60 % vastaajista ilmoitti, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi on voinut lisätä omaa liikkumisharrastustaan erittäin paljon ja vielä 21 % vastasi, että sen avulla on melko paljon voinut lisätä sitä. Vain 4 % ei ollut lisännyt liikkumistaan rannekkeen avulla yhtään. Rannekkeen avulla osallistumista kulttuuritoimintaan tai -tapahtumiin oli voinut lisätä erittäin tai melko paljon 21 % vastaajista ja urheiluotteluihin 16 %. Sen sijaan kulttuuriharrastusta rannekkeen avulla ei ollut lisännyt yhtään 37 % vastaajista, eikä osallistumista urheiluotteluihin 56 %. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 33) oli liikkumisharrastuksen lisääntymisessä tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,020). Nykyomistajista jopa 87 % kokee voineensa lisätä liikkumisharrastusta ja ei-omistajista niin koki 72 %. Urheiluotteluihin osallistumisessa oli hiukan prosentuaalisia (17 ja 11 %) eroja, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. Kulttuurin harrastamisessa ei ollut lainkaan eroja.

Sukupuolittain tarkasteltuna ranneke näyttää vaikuttaneen tilastollisesti merkitsevästi enemmän (p = 0,003) naisten liikunnan lisääntymiseen (liitetaulukko 34). Naisista jopa 70 % ilmoittaa voineensa lisätä liikkumistaan erittäin paljon juuri rannekkeen vuoksi ja vielä lisäksi 13 % kokee sen vaikuttaneen melko paljon. Rannekkeella näytti olevan vaikutusta enemmän myös naisten osallistumiseen kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin (liitetaulukko 35). Naisista 14 % kertoi voineensa lisätä sitä erittäin paljon ja 11 % melko paljon, kun miehistä näin koki vain 6 % ja 9 %. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä (p = 0,206). Kimmoke-rannekkeen mahdollistama miesten osallistuminen urheiluotteluihin (liitetaulukko 36) sen sijaan erosi tilastollisesti melkein merkitsevästi naisista (p = 0,022).

Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan (liitetaulukko 37) kaikkiaan alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista 88 % koki voineensa lisätä liikkumisharrastustaan rannekkeen avulla erittäin tai melko paljon, kun sen yli menevissä kotitalouksissa asuvien kohdalla 58 % koki niin. 1500–2000 € kuukaudessa olevien kotitalouksien kohdalla kaikki vastaajat kokivat erittäin paljon (73 %)

tai melko paljon (27 %) rannekkeen vuoksi lisänneensä liikkumisharrastustaan. Osallistumistaan kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin kaikkiaan alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista 23 % koki voineensa lisätä rannekkeen avulla erittäin tai melko paljon, kun sen yli menevissä kotitalouksissa asuvien kohdalla 9 % koki niin (liitetaulukko 38). Tuloluokilla ei ollut johdonmukaista vaikutusta osallistumiseen urheiluotteluihin, mutta kaikkiaan alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista 15 % koki voineensa lisätä rannekkeen avulla sitä erittäin tai melko paljon ja sen yli menevissä kotitalouksissa asuvista vain 6 % koki niin (liitetaulukko 39). Mitkään erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Tilastollisen tarkastelun mukaan liikkumisharrastuksen lisääntyminen korreloi voimakkaasti siihen, kuinka paljon Kimmoke-ranneke on mahdollistanut sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ei ole voinut rahan puutteen vuoksi harrastaa (r= -0,74) tai kuinka tärkeäksi arvio Kimmoke-rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin (r= -0,69) ja jos liikkumisessa on tapahtunut muutos, kuinka paljon arvio muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta (r= 0,65).

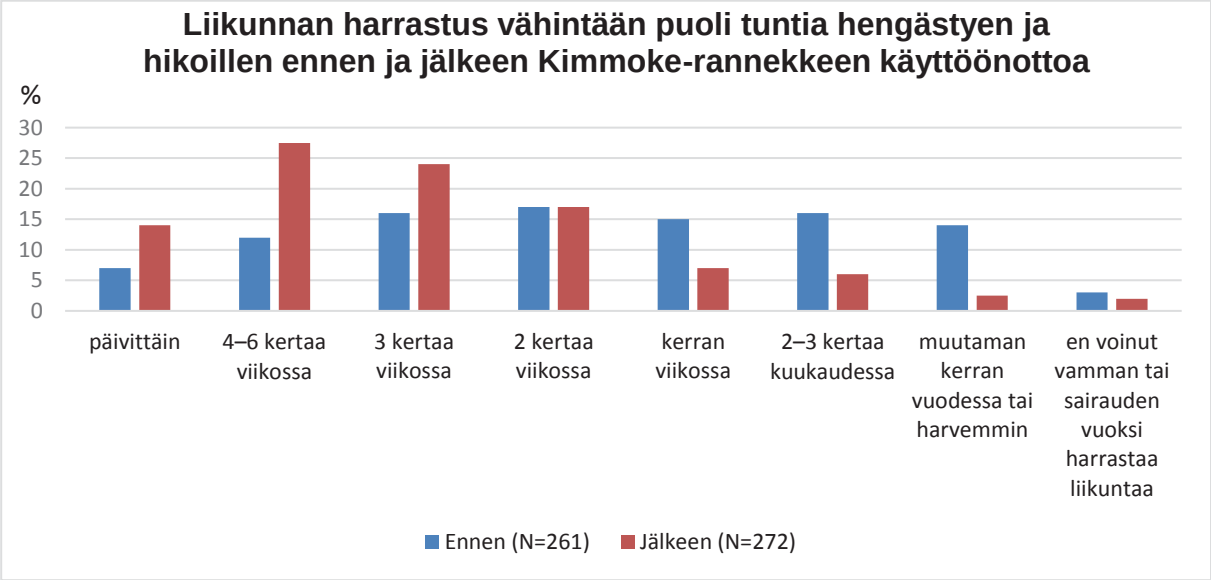
Liikunnan hyvinvointia ja terveyttä ylläpitävät ja edistävät vaikutukset tunnetaan niin hyvin, että fyysisen aktiivisuuden lisääminen kaikissa elämänvaiheissa ja väestöryhmissä on nostettu yhdeksi Suomen terveyspolitiikan tavoitteeksi (Husu ym. 2011, 5). Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa vapaa-ajan liikkumistaan (kuvio 14) ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa viisiportaisella asteikolla, jolla pyrittiin erottelemaan kevyemmän ja raskaamman liikunnan harrastajia.



Kuvio 14. Liikkuminen ennen ranneketta

Kevyemmän liikunnan harrastajat ovat niin sanottuja hyötyliikkujia ja raskaamman liikunnan harrastajat varsinaisia kuntoliikunnan harrastajia. Ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa vastaajissa oli eniten sellaisia, jotka eivät olleet hyötyliikkujia, eivätkä kuntoliikunnan harrastajia. Eli heitä, jotka arvioivat, että eivät rasittaneet fyysisesti itseään, mutta lukivat, katselivat televisiota ja tekivät askareita ilman fyysistä rasitusta. Hyötyliikuntaa eli kevyttä kävelyä ja pyöräilyä tai kevyttä kotityötä tehneitä 1–2 kertaa viikossa oli lähes yhtä paljon, noin neljäsosa vastaajista. Alle viidesosa vastaajista oli sekä säännöllisesti useita tunteja viikossa hyötyliikuntaa että varsinaista kuntoliikuntaa 1–2 kertaa viikossa harrastavia kuin myös varsinaista kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa harrastavia. Vastaajat voidaan tulosten perusteella karkeasti jakaa liikkumisen rasittavuuden suhteen kolmeen luokkaan. Fyysisesti lähes passiivisia ja toisaalta melko aktiivisia oli vajaa kolmannes. Pieni enemmistö (43 %) oli ns. hyötyliikkujia. Toisaalta, jos tarkastelee vastaajia liikkumisen useuden suhteen, tilanne on sama. Fyysisesti passiivisia on vajaa kolmannes, säännöllisesti useita tunteja viikossa joko hyöty- tai kuntoliikuntaa harrastavia on kolmannes ja väliin jääviä säännöllisesti 1–2 kertaa viikossa liikkuvia, mutta ei ihan riittävän paljon terveytensä kannalta liikkuvia, oli 43 %. Näin vastaajat jakautuivat suomalaisten liikuntatottumusten kanssa melko samalla tavalla. Tutkimusten mukaan aktiivisimpia vähintään neljä kertaa viikossa liikkuvia on Suomessa noin 30 prosenttia työikäisestä väestöstä ja toisaalta vähintään kahdesti viikossa liikkuvia on runsas 70 prosenttia (Husu ym. 2011, 33).

Terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrää pyrittiin vielä tarkemmin selvittämään kysymällä, kuinka usein vastaajat harrastavat liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee. Kuviossa 15 esitetään tämän liikunnan määrää ennen ja jälkeen rannekkeen käyttöönottoa.



Kuvio 15. Liikunnan harrastus vähintään puoli tuntia hengästyen ja hikoillen ennen ja jälkeen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa

Kantaa ottaneista vastaajista ennen ranneketta 36 % harrasti vähintään puoli tuntia kestävää liikuntaa terveysliikuntasuositusten mukaan kolme kertaa viikossa tai enemmän. Rannekkeen käyttöön oton jälkeen tämä luku on noussut jopa 65 %:iin. Kumpanakaan hetkenä liikunnan määrällä ei ollut sukupuolittain (liitetaulukot 40 ja 41) tilastollista eroa (p = 0,178 ja p = 0,203). Kaikista vastanneista erittäin passiivisia muutaman kerran vuodessa liikkuvia oli 14 % ennen ranneketta ja rannekkeen käyttöönoton jälkeen vain 2,5 %. Jos tarkastellaan vielä muutaman kerran kuukaudessa liikkuvien määrän pienenemistä 16 %:sta 6 %:iin, voidaan todeta terveyden kannalta riittävien liikuntakertojen määrän lisääntyneen huomattavasti rannekkeen käytön myötä. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet liikkuivat tutkimushetkellä enemmän, mutta molempien sukupuolten liikunnan määrä vähintään kolme kertaa viikossa oli lisääntynyt suunnilleen yhtä paljon. Vastanneista miehistä 72 % liikkui tutkimushetkellä vähintään kolme kertaa viikossa, kun aiemmin heitä oli 40 %. Naisten liikkuminen vähintään kolme kertaa viikossa oli sen sijaan lisääntynyt 28 %:sta prosentista 59 %:iin. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 42) oli liikunnan määrässä selkeä ja tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,000). Nykyomistajista jopa 73 % liikkui terveysliikuntasuositusten mukaan kolme kertaa viikossa tai enemmän vähintään puoli tuntia, kun ei-omistajista liikkui siten 51 %. Sen sijaan heidän liikuntatottumuksissa ennen rannekkeen käyttöönottoa ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja (liitetaulukko 43). Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukot 44 ja 45) ne vastaajat, jotka ottivat kantaa ja kuuluivat alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksiin, olivat lisänneet terveyden kannalta riittävästi liikkumistaan. Heidän liikkuminen vähintään kolme kertaa viikossa oli lisääntynyt 32 %:sta 64 %:iin. Myös yli 2000 euron kotitalouksissa asuvien kohdalla tapahtui muutos, mutta se oli hieman pienempi 34 %:sta 53 %:iin. Kumpanakaan hetkenä liikunnan määrässä ei ollut tilastollisia eroja eri tuloluokkien välillä.

Nykyisen terveydentilansa (liitetaulukot 46 ja 47) erittäin hyväksi kokevista 89 % liikkui tutkimushetkellä vähintään kolme kertaa viikossa vähintään puoli tuntia hengästyen ja hikoillen, kun ennen ranneketta 57 % liikkui yhtä aktiivisesti. Erot liikkumisen määrässä ja koetussa nykyisessä terveydentilassa ovat tilastollisesti merkitseviä (p = 0,000). Tilastollisen korrelaatiotarkastelun mukaan nykyisellä terveydentilalla ja sillä, kuinka usein harrastaa liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee, on kohtalaisen voimakas korrelaatio (r= 0,39). Myös terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukot 48 ja49) niillä, joilla terveydentila on omasta mielestä parantunut huomattavasti, näyttää ns. terveyden kannalta riittävän liikunnan määrä myös lisääntyneen huomattavasti. Näistä vastaajista 35 % liikkui ennen rannekkeen käyttöönottoa vähintään kolme kertaa viikossa ja tutkimushetkellä jopa 94 % ilmoitti liikkuvansa siten. Niilläkin, jotka ilmoittivat, että oma terveydentila on parantunut rannekkeen käyttöön oton jälkeen, liikunnan määrä oli lisääntynyt. Aiemmin heistä 27 % liikkui vähintään kolme kertaa viikossa hengästyen ja hikoillen,

kun tutkimushetkellä 69 % ilmoitti liikkuvansa siten. Terveydentilan paranemisen ja nykyisen liikunnan määrässä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys (p = 0,000). Vastaajat kuvasivat yhteyttä esimerkiksi seuraavasti:

”Pitkäaikaistyöttömänä -ja nyt sairaslomalaisena ei ole ollut MINKÄÄNLAISIA mahdollisuuksia osallistua mihinkään maksullisiin liikuntaharrastuksiin. Liikunta oli kävelyä silloin tällöin. Vaikka jopa kimmokkeen puolivuotismaksukin tekee tiukkaa niin kimmoke on avannut aivan uuden elämän. Upea Impivaara on käytössä. Uinti ja kuntosali ovat lisänneet iloa ja virkeyttä + terveyttä. Sokeriarvot laskeneet.” tai

”Liikkuminen on lisääntynyt huomattavasti mikä on vaikuttanut positiivisesti henkiseen vireystilaan sekä fyysiseen terveyteen mm. painon putoamisen sekä kiinteytymisen muodossa.” tai

”Mahdollisuus monipuoliseen liikkumiseen (eli muutakin kuin kävelyä) on helpottanut paljon selän välilevyn kulumisesta aiheutunutta selkäsärkyä. Vaikkei särky olekaan ollut varsinaista lääkärinhoitoa vaativaa, on se särkiessään elämänlaatua heikentävää.”

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan, että jos liikkumisen määrä on lisääntynyt, niin kuinka paljon arvioi sen johtuvan nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta kuusiportaisella asteikolla kokonaan tai ei ollenkaan välillä. Jos liikkuminen ei ollut lisääntynyt, pyydettiin olemaan vastaamatta kysymykseen. Kaikista niistä vastaajista, jotka arvioivat liikkumisensa lisääntyneen (N=215), 71 % arvioi liikunnan lisääntymisen johtuneen Kimmoke-rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan. Kaikista vastanneista 86 % arvioi lisäyksen olleen asteikon positiivisella puolella. Sen sijaan 7 % vastasi, että lisäys ei johdu rannekkeesta ollenkaan tai lähes ollenkaan. Keskiarvolla arvioituna muutos johtui rannekkeesta 3,8 arvoisesti mediaanin ollessa 4. Tässä ei merkitseviä eroja (p = 0,054) ollut sukupuolien välillä (liitetaulukko 50), vaikkakin naisista 42 % arvioi muutoksen johtuneen rannekkeesta kokonaan ja miehistä 23 %. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 51) ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä (p = 0,036), kun nykyomistajista 76 % arvioi muutoksen johtuneen rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan ja ei-omistajista niin arvioi 59 %. Keskiarvolla arvioituna rannekkeen omistajien muutos johtui rannekkeesta 3,9 arvoisesti ja ei-omistajilla 3,4 arvoisesti.

Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan (liitetaulukko 52) niistä vastaajista, jotka asuivat alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa, 75 % arvioi muutoksen johtuneen kokonaan tai lähes kokonaan rannekkeesta. Vastaavasti yli 2000 euron kotitalouksissa asuvista 51 % koki lisänneensä liikuntaa rannekkeen vuoksi. Eri tuloluokkien erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (p = 0,167). Suurimman ansion rannekkeelle vähintään kolme kertaa viikossa ta-

pahtuneen liikkumisensa lisääntymiseksi antoivat ne, joilla terveydentila on omasta mielestä parantunut huomattavasti (liitetaulukko 53). Heistä jopa 91 % koki, että liikkumisen lisääntyminen on johtunut kokonaan tai lähes kokonaan nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta. Lisäksi niiden, joiden oma terveydentila on parantunut rannekkeen käyttöön oton jälkeen, 80 %:n mielestä liikunnan lisääntyminen on johtunut rannekkeesta. Sen sijaan, niillä joilla terveydentila on ennallaan, liikunnan lisäys johtui rannekkeesta vain 51 %:n mielestä. Myös nämä erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä eri ryhmissä (p = 0,000).

6.6 Vaikutukset terveyteen ja terveyspalveluihin

Vastaajien terveyskäyttäytymistä selvitettiin muutamilla yleisillä terveyskysymyksillä. Vastaajista tupakoimattomia oli 79 %. Naisista 83 % ei tupakoinut, kun miehistä tupakoimattomia oli 73 %. Naisissa päivittäin tupakoivia oli 15 % ja miehissä 19 %. Tupakoinnissa näkyi myös peruskoulutuksen mukainen ero, kun ylioppilaista ei tupakoinut 91 % ja vastaavasti 60–70 % kansa- tai peruskoulun käyneistä ei tupakoinut. Alkoholia oli käyttänyt yli suositeltavan viikkoannoksen 20 % vastaajista.

Vastaajien yleistä terveydentilannetta ja tarvetta puuttua siihen ympärillä olevien ihmisten toimesta pyrittiin selvittämään kysymällä terveystottumusten muuttamisen puheeksi oton määrää. Vastaajilta kysyttiin, että onko joku terveysalan ammattilainen, perheenjäsen tai joku muu mahdollisesti kehottanut vastaajaa kiinnittämään huomiota johonkin terveystottumukseensa. Terveystottumusten muuttamista (liitetaulukko 54) viimeisten 12 kk aikana oli vastaajille suositellut moni taho. Liikuntaa oli suositeltu eniten, yhteensä 121 kertaa 426 mainitusta puheeksi otosta (267 vastaajaa) eli 28 % puheeksi otoista koski liikuntaa. Liikunnan lisäämisen puheeksi otoista sitä oli eniten tehneet perheenjäsenet (31 %), mutta myös lääkärit olivat sitä suositelleet (28 %). Ruokailutottumusten muutosta oli otettu puheeksi lähes yhtä paljon, 26 % kaikista kerroista. Eniten kaikkien terveysasioiden puheeksi ottoa oli tapahtunut perheenjäsenten toimesta, 32 % kaikista puheeksi otoista. Näistä puheeksi otoista suositelluinta oli ollut liikunnan lisääminen (28 %), mutta myös ruokailutottumusten muutosta (25 %) ja laihduttamista (24 %) oli suositeltu. Toisaalta kysymyksessä ne, jotka osasivat ottaa kantaa annettuihin puheeksi ottojen määrään ja teemoihin (97 % annetuista vaihtoehdoista), vastasivat, että kukaan ei ollut tehnyt puheeksi ottoa terveystottumuksista 69 %:ssa annetuista vaihtoehdoista.

Ihmisen omalla arviolla terveydentilastaan on todettu olevan vahva yhteys muihin yleisiin terveyden indikaattoreihin mm. pitkäaikaissairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Karvonen 2008, 97, 115). Lisäksi huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus ovat vähän koulutetuilla ja pienituloisilla yleisempiä

kuin muilla ryhmillä (Martelin ym. 2014, 62). Vastaajien koettua tämän hetkistä terveydentilaa kysyttiin viisiportaisella asteikolla erittäin hyvä - erittäin huono. Oman terveydentilansa vastaushetkellä koki hyväksi tai erittäin hyväksi 50 % vastaajista ja 38 % koki sen keskinkertaiseksi. Toisaalta huonoksi tai erittäin huonoksi sen koki 12 % vastaajista. Tutkimuksen vastaajien kokema hyvä terveys oli siis suunnilleen samalla tasolla kuin Suomessa keskimäärin työttömillä on todettu AVTK -tutkimuksen mukaan. Samaan aikaan koko väestöstä noin kaksi kolmasosaa koki oman terveydentilan hyväksi tai melko hyväksi. (Helldán & Helakorpi 2015, 49). Myös suomalaisten hyvinvointitutkimusten mukaan terveytensä kokee hyväksi 73 prosenttia ja alhaisimmaksi (63–64 %) se koetaan pienituloisimpien tuloluokassa. (Klavus 2010, 30, Martelin ym. 2014, 74–75). Sukupuolittain tarkasteltuna terveydentilan kokemisessa (liitetaulukko 55) kokonaisuudessaan ei ollut tilastollisia eroja ($p = 0,125$), vaikka miehistä 56 % koki tutkimushetkellä terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi, kun naisista niin koki 45 %. Sen sijaan ikäryhmittäin erot (liitetaulukko 56) olivat tilastollisesti merkitsevästi erilaisia ($p = 0,015$), kun nuorimmassa ikäluokassa 71 % koki terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi ja kahdessa vanhimmissa ikäluokissa niin koki 42 % (51–60-vuotiaat) ja 30 % (yli 60-vuotiaat). Niistä, jotka kokivat oman terveydentilansa vastaushetkellä erittäin hyväksi (liitetaulukko 57), 53 % arvioi terveydentilan parantuneen rannekkeen käyttöönoton jälkeen. Niistä, jotka arvioivat oman terveytensä hyväksi, terveydentilan muutosta arvioi tapahtuneen jopa 72 %. Erot ovat tilastollisesti merkitsevät ($p = 0,038$).

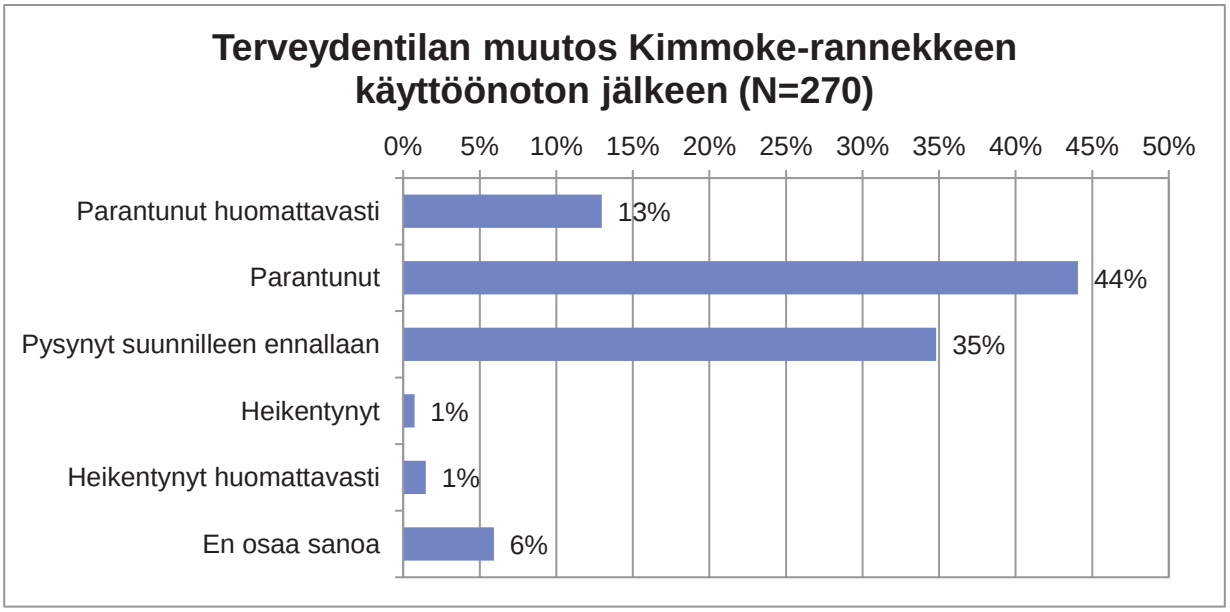
Vastaajien peruskoulutuksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 58) terveydentilan kokemisessa oli tilastollisesti merkitsevät erot ($p = 0,028$). Ylioppilaista 18 % koki terveytensä erittäin hyväksi, peruskoulun käyneistä 8 % ja sitä vähemmän koulutetuista ei kukaan. Ammatillisen koulutuksen mukaan tarkasteltuna tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut koetussa terveydessä (liitetaulukko 59). Kuitenkin hyväksi tai erittäin hyväksi koettu terveys erosi siten, että ei ammatillisen koulutuksen suorittaneista 48 % koki terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi, kun akateemisen jatkotutkinnon suorittaneista niin koki jopa 67 %. Ainoastaan opistotason tutkinnon suorittaneilla koettu terveys (44 %) oli pienempi kuin ammattikoulutuksen tai ammattikorkeakoulun käyneiden arvio, joista 50 % koki sen erittäin hyväksi tai hyväksi. Tilastollisen tarkastelun mukaan nykyisen terveydentilan voimakkaimmat korrelaatiot näkyvät taulukossa 2.

Taulukko 2. Nykyisen terveydentilan voimakkaimmat korrelaatiot

Kysymys	R
Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?	0,77
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	- 0,7
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	- 0,59
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	0,58
Kuinka onnelliseksi koette itsenne?: Erittäin onnellinen - Täysin onneton	- 0,5
Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?: Omaan terveyteenne	- 0,49
Onko teillä (jokin pitkäaikainen) sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?	0,48
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin livästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	0,39

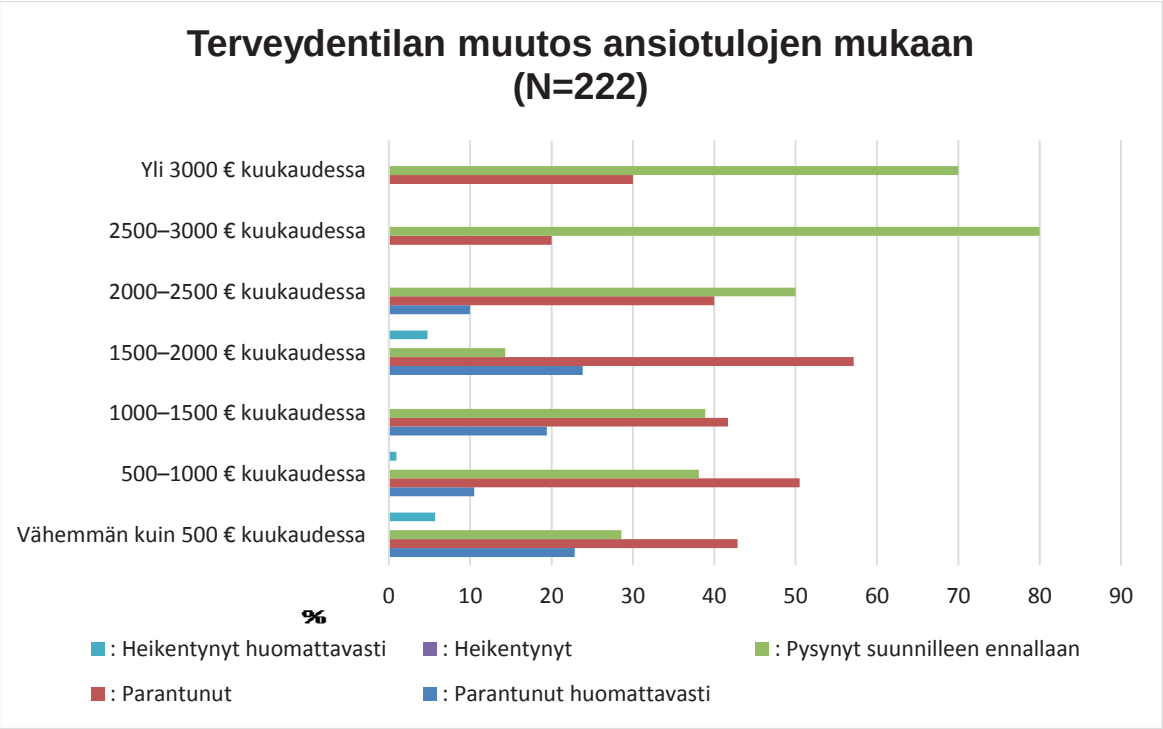
Taulukosta näkyy, että terveydentila korreloi voimakkaimmin nykyisen työ- ja toimintakyvyn kanssa, mutta myös nykyinen työkyky on voimakkaasti korreloiva. Muut korrelaatiot ovat kohtalaisen voimakkaita.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan terveydentilansa muutosta Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen myös viisiportaisella asteikolla. Tässä kysymyksessä annettiin myös vaihtoehdoksi - en osaa sanoa-, jotta jos ei osaa arvioida muutosta, sitä ei tarvitse tehdä. Kuviossa 16 esitetään vastaajien kokema terveydentilan muutos.



Kuvio 16. Terveydentilan muutos Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen

Terveydentilan koki parantuneen tai parantuneen huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen peräti 57 % vastaajista. Sukupuolittain tarkasteltuna (liitetaulukko 60) ei ole suuria eroja. Naisten terveys oli parantunut 63 %:lla ja miehillä 58 %:lla. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 61) oli tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,008). Nykyomistajista 67 % koki terveydentilansa parantuneen tai parantuneen huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen, kun ei omistajista niin koki 48 %. Myös ansiotulojen mukaan tarkasteltuna oli erittäin suuria eroja terveydentilan muutoksessa. Eroja kuvataan kuviossa 17.



Kuvio 17. Terveydentilan muutos ansiotulojen mukaan Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen

Terveydentilan huomattavaa parantumista koettiin eniten alle 2000 euron ansiotulojen kotitalouksissa asuvilla. Terveydentila koettiin parantuneeksi jopa 81 %:lla niistä vastaajista, jotka asuivat 1500–2000 € kuukaudessa ansaitsevissa kotitalouksissa. Kaikilla alle 2000 euron kotitalouksissa asuvilla terveydentila oli parantunut 67 %:lla, kun sen yli menevissä kotitalouksissa asuvien kohdalla vain 33 %:lla terveydentila oli parantunut. Eri tuloluokkien erot (liitetaulukko 62) eivät kuitenkaan ihan olleet tilastollisesti merkitseviä (p = 0,059).

Tämän jälkeen vastaajia pyydettiin arvioimaan, että jos terveydentila on parantunut, niin kuinka paljon arvioi muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta kuusiportaisella asteikolla kokonaan tai ei ollenkaan välillä. Niillä vastaajilla, joilla terveydentila oli parantunut (N=177), se oli parantunut nimenomaan Kimmoke- rannekkeen vuoksi kokonaan tai melkein kokonaan 56 % vastaajan mielestä. Kaikista vastanneista 85 % arvioi lisäyksen olleen asteikon positiivisella puolella. Sen

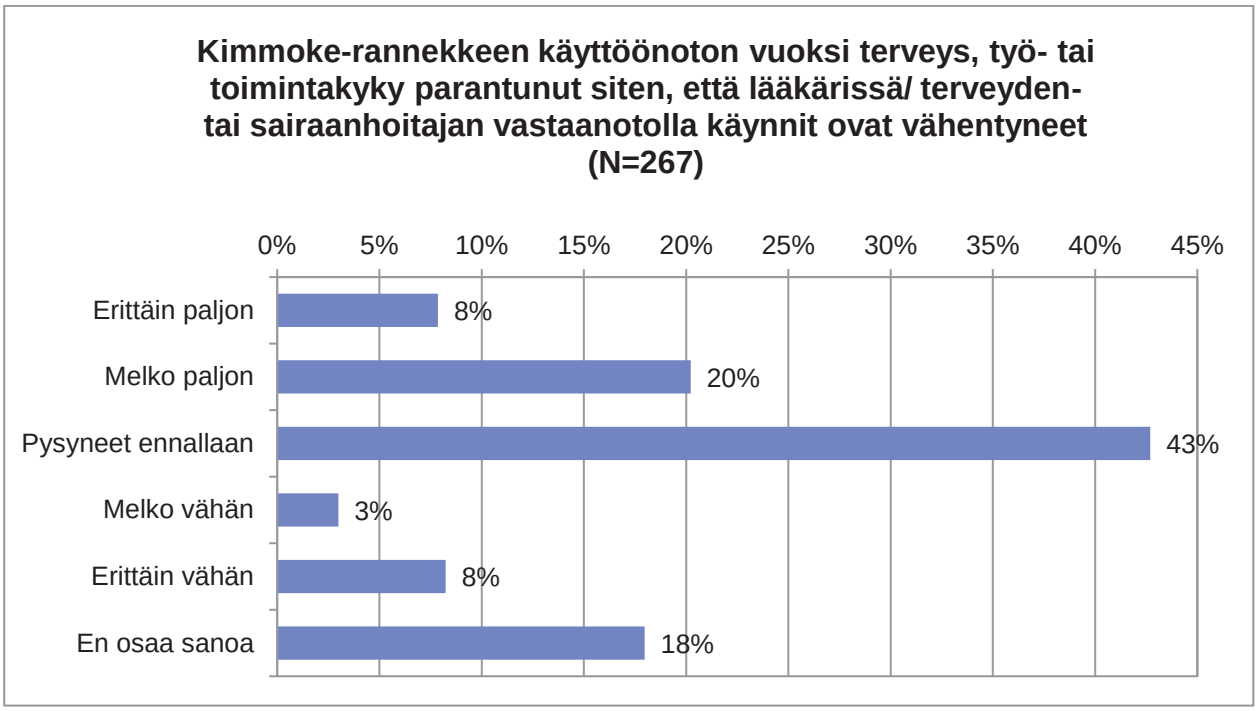
sijaan 9 % vastasi, että muutos ei johdu rannekkeesta ollenkaan tai lähes ollenkaan. Keskiarvolla arvioituna muutos johtui rannekkeesta 3,4 arvoisesti mediaanin ollessa 4. Sukupuolittain ei ollut eroja. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 63) sen sijaan oli tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,039). Nykyomistajista 60 % arvioi muutoksen johtuneen kokonaan tai melkein kokonaan rannekkeesta, kun ei-omistajista niin koki 44 %. Muutoksen keskiarvoerot olivat 3,6 ja 3,0. Terveydentilan muutos korreloi siis voimakkaasti sen kanssa, että muutos johtuu nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta (r= 0,83) ja myös kohtalaisesti siitä, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi on voinut lisätä liikkumisharrastamista (r= 0,48).

Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan (liitetaulukko 64) niistä vastaajista, jotka asuivat alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa, 60 % arvioi terveydentilan parantumisen johtuneen kokonaan tai lähes kokonaan rannekkeesta. Sen sijaan sitä isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvien mielestä muutos on vain 32 % mielestä johtunut rannekkeesta. Tilastollisesti tarkasteltuna erot eivät kuitenkaan ole merkitseviä (p = 0,423). Tulokset ovat jälleen linjassa sen mukaan, kuinka paljon he ovat itse lisänneet liikuntaansa. Heistä (N=35), jotka aiemmassa kysymyksessä vastasivat, että oma terveydentila on parantunut huomattavasti, jopa 95 % koki, että se on parantunut nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi (liitetaulukko 65). Lisäksi niiden, joiden oma terveydentila on parantunut (N=113) rannekkeen käyttöön oton jälkeen, 57 %:n mielestä se on johtunut rannekkeesta. Vaikutuserot terveydentilan muutoksen suhteen ovat kaikkiaan tilastollisesti erittäin merkitseviä (p = 0,000). Vastaajat kuvasivat terveydentilan muutosta ja rannekkeen yhteyttä esimerkiksi seuraavasti:
*”Kokonaan ehkä voidaan määritellä sillä, että Kimmoke antoi minulle mahdollisuuden hoitaa perusstruktuurit terveyteeni kuntoon. Tämä on antanut minulle mahdollisuuden hypätä terveydessä ylemmäs, josta olen todella tyytyväinen. Paremmalla matkalla olen edelleen, koska kuntoni on edelleen hitaassa nousussa...”*tai
”Se, että voin usein käydä uimahallissa yms. ihmisten ilmoilla kohentaa sekä fyysistä että henkistä terveyttäni. Neljän seinän sisällä masentuu helposti.” tai
”Minulla on ollut ranneke vasta lyhyen aikaa, mutta jo se on parantanut varsinkin henkistä oloa, kun saa käydä uimahallissa säännöllisesti.”

Vastaajien yleistä terveydenhuollon palvelujen käytön tarvetta selvitettiin kysymällä, että kuinka monta kertaa on oman sairauden vuoksi käynyt 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla viisiportaisella asteikolla. Lääkärin tai hoitajan vastaanotoilla oli käyty erityisesti terveyskeskuksessa (liitetaulukko 66). Vastaajista 43 % oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vähintään kaksi kertaa ja yhteensä 66 % vähintään kerran viimeisten 12 kuukauden

aikana. Aiempien väestötutkimusten mukaan (Klavus 2010, 34, Nguyen & Seppälä 2014, 197) suomalaisista noin kaksikolmasosaa käy ylipäätään lääkärillä, 38 prosenttia käy terveyskeskuslääkärillä, mutta alimmasta tuloluokasta lähes puolet (46 %) käy terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Tähän tutkimukseen vastanneet käyttävät siis enemmän terveyskeskuslääkäripalveluja kuin Suomessa yleensä alimpiin tuloluokkiinkaan kuuluvat käyttävät. Toisaalta 26 % ei ollut käyttänyt kertaakaan terveyskeskuspalveluja. Muut käynnit jakaantuivat hyvin vaihtelevasti.

Tämän jälkeen kysyttiin, että onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi terveys, työ- tai toimintakyky parantunut siten, että lääkärissä tai hoitajan vastaanotoilla käynnit ovat vähentyneet. Kysymys oli viisiportainen asteikolla erittäin paljon - erittäin vähän tai vaihtoehtona myös en osaa sanoa. Kuviossa 18 kuvataan kaikkien vastanneiden (N=267) tilannetta.



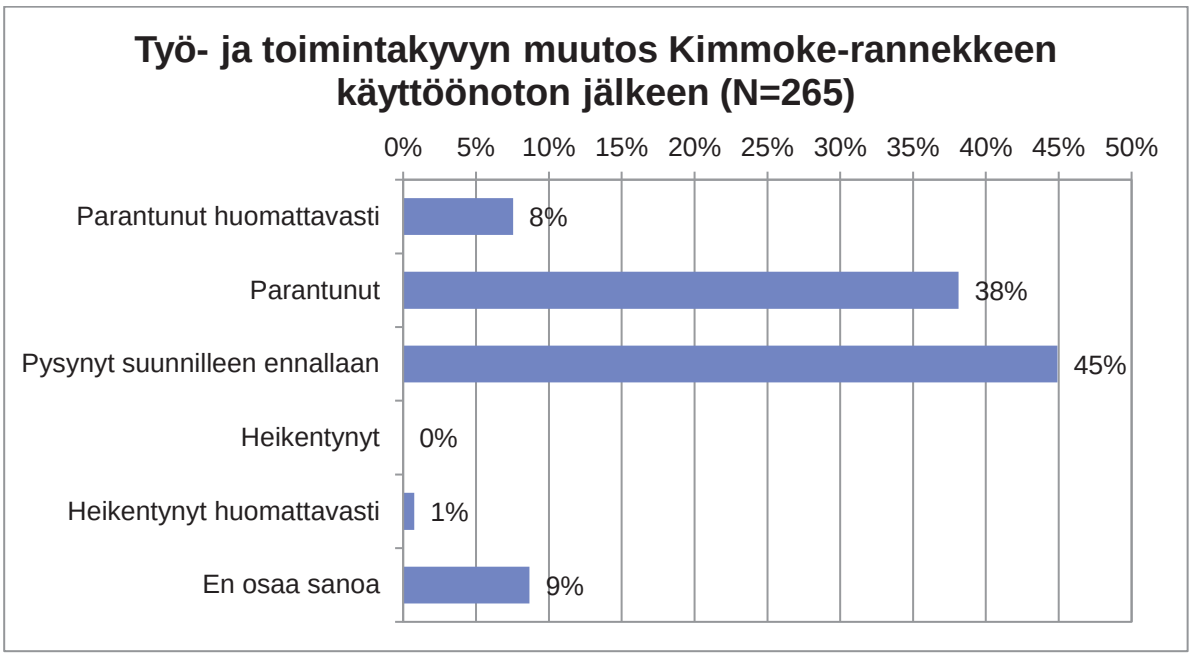
Kuvio 18. Hoitokäyntien tarpeen vähentyminen

Vastaajista jopa 28 % koki Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi terveytensä, työ- tai toimintakykynsä parantuneen siten, että lääkärissä tai hoitajan vastaanotoilla käynnit ovat vähentyneet erittäin tai melko paljon. Miehistä jopa 42 % ja naisista 28 % vastasi, että käynnit ovat vähentyneet (liitetaulukko 67). Kaikkiaan sukupuolien vähentyneissä käynneissä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevästi eroa ($p = 0,233$). Rannekkeen nykyomistajista jopa 41 % arvioi käyntien vähentyneen erittäin tai melko paljon, kun ei-omistajista niin arvioi vain 20 % (liitetaulukko 68) erojen olleessa tilastollisesti melkein merkitsevät ($p = 0,035$). Ansiotulojen mukaan ei ollut johdonmukaista eroa terveyspalvelujen tarpeen muutoksessa.

6.7 Vaikutukset työ- ja toimintakykyyn

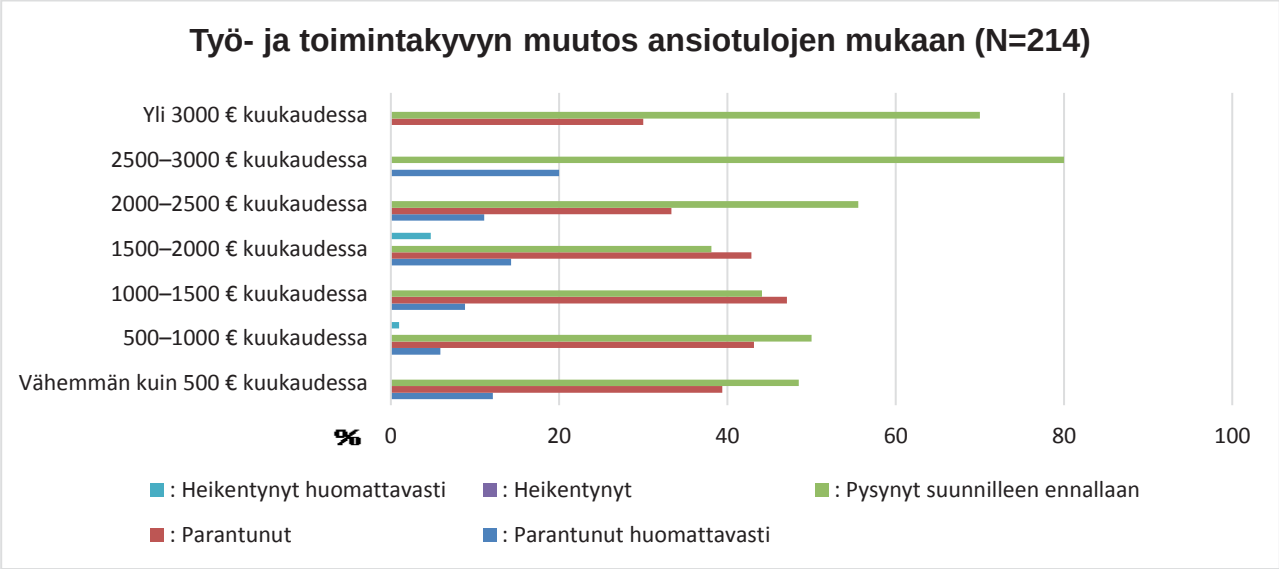
Myös toimintakyvyssä ja itse arvioidussa työkyvyssä näkyy sosioekonomisen aseman mukaisia eroja ja ne ovat myös säilyneet ennallaan parin viime vuosikymmenen ajan. (Martelin ym. 2007, 114). Työkyvyn subjektiivisen arvion on osoitettu varsin hyvin ennustavan tulevaa työkykyä ja työkyvyttömyyttä. (Gould ym. 2006, 17–21.) Tutkittavilta selvitettiin pitkäaikaissairauksien määrää sekä minkälaiseksi he kokevat oman työ- ja toimintakykynsä nykyisin. Työ- ja toimintakykyä haittaava pitkäaikaissairaus oli 46 %:lla vastaajista. Ja niitä oli tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,001) vähemmän nuorimmilla vastaajilla (liitetaulukko 69), kun 80 %:lla nuorimmista ei ollut mitään sairautta ja taas vanhimmilla ikäryhmillä pitkäaikaissairaus oli 30–40 prosentilla. Suomalaisten hyvinvointitutkimusten mukaan pitkäaikaissairauksista kärsii noin neljäsosa väestöstä ja alimmissa tuloluokissa määrä on noin 1,7-kertainen suurituloisimpaan viidesosaan verrattuna (Martelin ym. 2014, 67). Siten pitkäaikaissairauksien määrä tähän tutkimukseen osallistuneilla oli väestön alimpien tuloluokkien tasolla. Nykyisen terveydentilan mukaan tarkasteltuna oli myös selkeä ero (liitetaulukko 70). Terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista pitkäaikaissairaus oli vain 3 %:lla vastaajista, kun huonoksi terveytensä kokevilla 88 %:lla ja erittäin huonoksi terveytensä kokevilla kaikilla oli pitkäaikaissairaus (p = 0,000). Työ- ja toimintakykynsä koki viisiportaisella asteikolla 48 % vastaajista vastaushetkellä hyväksi tai erittäin hyväksi, 32 %:lla se oli keskinkertainen ja 19 %:lla huono tai erittäin huono. Sukupuolittaisia eroja ei näissä tuloksissa ollut. Sen sijaan myös työ- ja toimintakyvyssä iän mukaan (liitetaulukko 71) nuorimmat ikäluokat erosivat tilastollisesti merkitsevästi muista (p = 0,002). Myös ansiotulojen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 72) suurempituloisissa kotitalouksissa asuvilla oli tilastollisesti merkitsevästi parempi oma työ- ja toimintakyky (p = 0,014). Tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,000) oli myös nykyisen terveydentilan mukaan (liitetaulukko 73). Terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista 79 % koki myös työ- ja toimintakykynsä erittäin hyväksi, mikä jo aiemmin todettiin korrelaatioina. Myös vastaajien peruskoulutuksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 74) nykyinen työ- ja toimintakyky oli tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,032) parempi ylioppilastutkinnon ja peruskoulun suorittaneilla. Heistä noin 50 % koki sen hyväksi tai erittäin hyväksi, kun kansakoulun tai sitä vähemmän käyneistä 50 % koki sen vain keskinkertaiseksi.

Työ- ja toimintakyvyn muutosta rannekkeen käyttöönoton jälkeen kysyttiin myös viisiportaisella asteikolla. Kuviossa 19 esitetään työ- ja toimintakyvyn muutoksen kokemista.



Kuvio 19. Työ- ja toimintakyvyn muutos Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen

Yllä olevasta taulukosta näkyy, miten koettu työ- ja toimintakyky oli parantunut tai parantunut huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen jopa 46 %:lla vastaajista. Tässäkään ei näkynyt sukupuolten välisiä eroja. Naisista 44 % ja miehistä 48 % koki sen parantuneen. Rannekkeen nykyomistajista 55 % koki työ- ja toimintakykynsä parantuneen tai parantuneen huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen, kun ei omistajista niin koki 40 % (liitetaulukko 75). Erot olivat tilastollisesti vain suuntaa antavia (p = 0,084). Sen sijaan ansiotulojen mukaan tarkasteltuna oli paljon suurempia eroja työ- ja toimintakyvyn muutoksessa. Eroja kuvataan kuviossa 20.



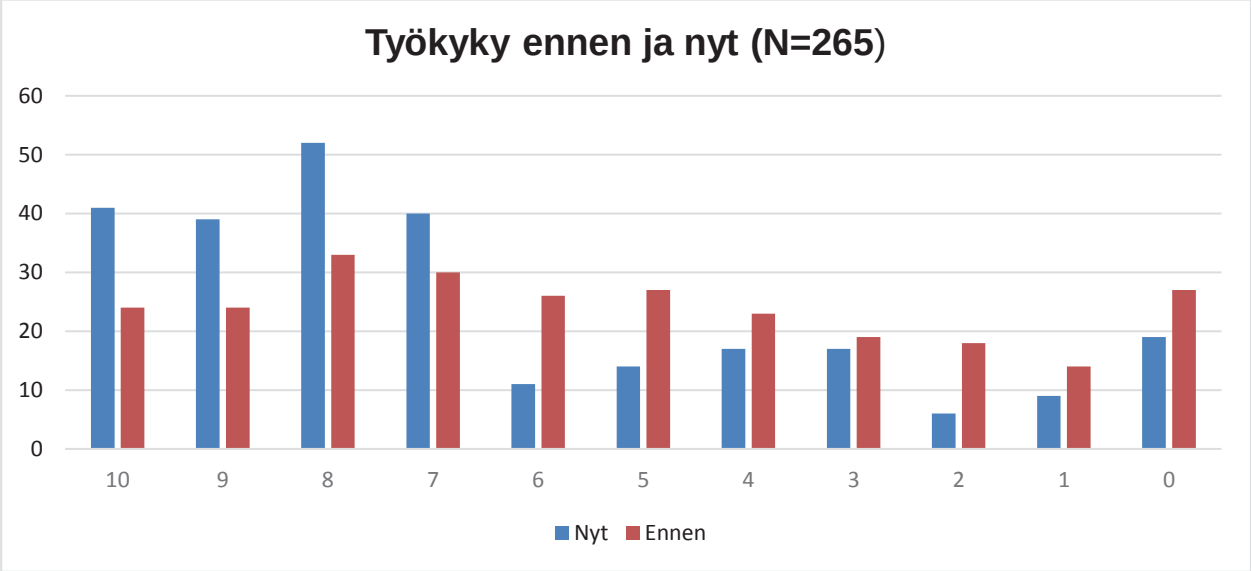
Kuvio 20. Työ- ja toimintakyvyn muutos ansiotulojen mukaan Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen

Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan eniten työ- ja toimintakyvyssä koki muutosta 1000–2000 euron kotitalouksissa asuvat. Heistä 56 %:lla se oli parantunut tai parantunut huomattavasti. Kaikista niistä vastaajista, jotka asuivat alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa (N=190), 53 % arvioi työ- ja toimintakykynsä parantuneen tai parantuneen huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen. Sen sijaan kaikkien sitä isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvien (N=24) mielestä muutos on vain 31 % mielestä johtunut rannekkeesta. Tilastollisesti erot (liitetaulukko 76) eivät kuitenkaan ole merkitseviä (p = 0,701). Terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 77) niillä, joilla terveydentila on omasta mielestä parantunut huomattavasti, on myös työ- ja toimintakyky 95 %:n mielestä parantunut tai parantunut huomattavasti. Näin voidaan todeta, että terveyden kokemisen muutos sekä työ- ja toimintakyvyn muutos kulkevat rinnakkain. Erot ovat tilastollisesti erittäin merkitsevät (p = 0,000). Työ- ja toimintakyky korreloikin voimaikkaimmin sekä nykyisen (r= -0,86) että aiemman työkyvyn (r= -0,75) sekä nykyisen terveydentilan (r= 0,77) kanssa. Liikkumisen määrän suhteen korrelaatio on kohtalainen (r= 0,34).

Tämän jälkeen vastaajia pyydettiin arvioimaan samoin kuin sekä liikkumisen lisääntymisen että terveydentilan parantumisen jälkeen, että jos työ- ja toimintakyky on parantunut, kuinka paljon arvioi tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta kuusiportaisella asteikolla kokonaan tai ei ollenkaan vaihtoehtojen välillä. Niillä, joilla työ- ja toimintakyky oli parantunut (N=152), se oli parantunut nimenomaan Kimmoke- rannekkeen vuoksi 52 %:lla vastaajista kokonaan tai melkein kokonaan. Kaikista vastanneista 82 % arvioi lisäyksen olleen asteikon positiivisella puolella. Sen sijaan 10 % vastasi, että muutos ei johdu rannekkeesta ollenkaan tai lähes ollenkaan. Keskiarvolla arvioituna muutos johtui rannekkeesta 3,3 arvoisesti mediaanin ollessa 4. Sukupuolittain arvioissa ei ollut isoja eroja. Rannekkeen nykyomistajista ja ei-omistajista (liitetaulukko 78) molemmista runsas 50 % arvio muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta kokonaan tai ei ollenkaan. Keskiarvoa tarkasteltaessa kaikkien vastausten kohdalla eroa kuitenkin oli nykyomistajien 3,5 ja ei-omistajien 3,0 keskiarvoissa (p = 0,013). Tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan (liitetaulukko 79) niistä vastaajista, jotka asuivat alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa, 55 % arvioi muutoksen johtuneen kokonaan tai lähes kokonaan rannekkeesta. Sen sijaan sitä isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvien mielestä muutos on vain 28 % mielestä johtunut rannekkeesta. Erot eivät ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi erilaisia. Tämä työ- ja toimintakyvyn muutoksen johtuminen Kimmoke-rannekkeesta arvioidaan aivan samassa määrin kuin terveydentilankin muutos aiheutuneen Kimmoke-rannekkeesta ansiotulojen mukaan tarkasteltuna. Terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 80) niillä, joilla terveydentila on omasta mielestä parantunut huomattavasti, on työ- ja toimintakyvyn paranemisen muutos johtunut 85 %:n mielestä

Kimmoke-rannekkeesta (p = 0,000). Vastaajat kuvasivat työ- ja toimintakyvyn muutoksen sekä rannekkeen yhteyttä esimerkiksi seuraavasti:
”Tämä vaikuttaa todella paljon, mieliala ja terveys sekä toimintakyky parantunut huomattavasti”, ”Liikunta on edistänyt unen laatua ja päivärytmiäni.”,
”Fyysinen ja kulttuurinen toiminta on valmentanut minua työtä kohti, vaikka matkaa on vielä.” tai *”Teen muutakin itseni hyväksi, mutta Kimmoke on kulmakivi itsehoidossani. Saan myös apua ja tukea muualta. Kimmokkeen tarjoamat ilmaiset riennot ovat erittäin tärkeitä mielialalle ja sosiaaliselle osallisuudelle ihan keskusteluissa jakamisesta lähtien myös. En ole niin syrjäytynyt ja eri kokemusmailmassa kuin aiemmin.”*

Myös koettu työkyky vaihtelee tutkimusten perusteella koulutuksen mukaan siten, että vähemmän koulutetut kokevat työkykynsä useammin huonoksi kuin enemmän koulutetut. (Martelin ym. 2007, 116–117). Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa nykyistä työkykyä sekä työkykyä ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa asteikolla 0–10 (kuvio 21).



Kuvio 21. Työkyky ennen ja jälkeen rannekkeen käyttöönottoa

Ylläolevasta kuviosta näkyy kuinka kaikkien vastaajien arvioitu oma työkyky on parantunut. Nykyisen työkyvyn keskiarvoksi arvioitiin 6,5 keskihajonnan ollessa 3,03 ja luottamusvälin ollessa 6,18–6,9. Tyyppiluku (=moodi) oli arvolla 8 ja mediaani 7. Ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa työkyvyn keskiarvoksi arvioitiin 5,4 keskihajonnan ollessa 3,11 ja luottamusvälin ollessa 4,96–5,73. Tällöin tyyppiluku oli myös 8. Sen sijaan mediaani oli pienempi 6. Sukupuolittaisia eroja ei ollut tuloksissa havaittavissa. Terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukot 81 ja 82)

niillä, joilla terveydentila on omasta mielestä parantunut huomattavasti, näyttää myös työkyky parantuneen eniten. Keskiarvo on heillä muuttunut 3,8:sta 6,8:aan. Kaikkiaan terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna nykyisen työkyvyn keskiarvot vaihtelevat 2,8 ja 7,0 välillä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (p = 0,456). Sen sijaan ennen Kimmoke-rannekkeen aikaa työkyvyn keskiarvot vaihtelivat 0 ja 6,4 välillä erojen ollessa tilastollisesti erittäin merkitseviä (p = 0,000).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna (liitetaulukot 83 ja 84) nykyisen työkyvyn keskiarvot vaihtelevat vanhimpien 4,2 ja nuorimpien 8,1 välillä ja erot ovat tilastollisesti merkitsevät (p = 0,000), samoin kuin ikäryhmittäin työkyky ennen ranneketta 3,3 ja 6,9 välillä (p = 0,001). Myös vastaajien peruskoulutuksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukot 85 ja 86) työkyky korreloi täysin vastaajien peruskoulutuksen kanssa. Vähiten koulutettujen nykyisen työkyvyn keskiarvo on 2,5, kun ylioppilailla se on 6,9 (p = 0,008). Samoin työkykyarvio vaihteli koulutuksen mukaan ennen ranneketta 1,5:stä 5,9:ään (p = 0,006). Myös ammatillisen koulutuksen mukaan (liitetaulukot 87 ja 88) oli tilastollisesti merkitsevästi eroja. Nykyinen työkyky korkeimmin koulutetuilla oli 7,7 tai yli ja ei ammatillisen koulutuksen omaavilla vain 5,8 (p = 0,039). Ennen ranneketta vastaavat luvut olivat 6,4 ja 4,3, mutta tilastollista eroa ei ihan ollut (p = 0,053).

Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukot 89 ja 90) työkyky koetaan tilastollisesti merkitsevästi eri tavoin eri tuloryhmien kesken. Ennen rannekkeen käyttöönottoa pienimpien ansiotulojen työkyvyn keskiarvo oli 5,5, kun suurimmilla tuloilla se oli 8,9 (p = 0,008). Rannekkeen käyttöön oton jälkeen nykyisen työkyvyn arvioitu keskiarvo oli pienimmillä ansiotuloilla asuvilla 6,7 ja suurimmilla 9,1 (p = 0,018). Nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista koki myös työkykynsä jopa 9,7 arvoiseksi (liitetaulukot 91 ja 92). Toisessa ääripäässä huonolla terveydellä työkyvyn arvo oli vain 0,4. Erot ovat tilastollisesti erittäin merkitsevästi erilaisia (p = 0,000). Samoilla henkilöillä työkyky oli ennen 8,5 ja 1,0 välillä ja ero oli tilastollisesti merkitsevä (p = 0,000).

Tutkimuksessa selvitettiin myös, että uskovatko vastaajat pystyvänsä terveyden puolesta työskentelemään ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka tai pystyisivätkö he työskentelemään viimeisimmässä ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka. Vastaajista (N=205), jotka eivät olleet vielä eläkkeellä ja osasivat arvioida omaa tilannettaan, 65 % uskoi pystyvänsä työskentelemään. Miehet uskoivat omaan terveyteensä suhteessa työkykyisyyteen hieman enemmän (67 %) verrattuna naisiin (62 %). Tilastollisia eroja ei kuitenkaan ollut. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna vastaajista, jotka asuivat yli 2500 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa, 84 % uskoi oman terveyden puolesta pystyvänsä työskentelemään ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka. Muissa tuloluokissa vastaukset hajaantuivat. Nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista jopa 94 % ja hyväksi arvioineista 75 %

uskoi kykyynsä terveytensä puolesta työskennellä nykyisessä tai viimeisimmässä ammatissaan vanhuuseläkeikään asti (liitetaulukko 93), kun enää keskinkertaisella terveydellä niin uskoi 46 % (p =0,000).

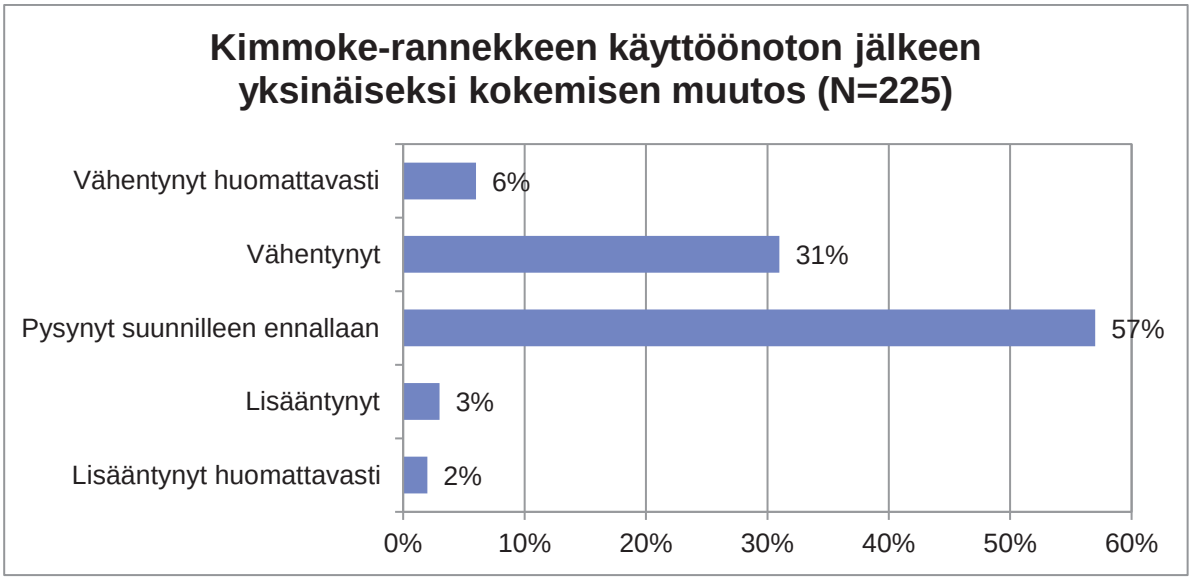
6.8 Vaikutukset yksinäisyyteen ja elämänlaatuun

Yksinäisyyden on todettu aiheuttavan merkittäviä terveydellisiä ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia, kuten masennusta ja itsemurha-ajatuksia (Toikka ym. 2015, 9). Vastaajilta selvitettiin yksinäisyyttä kysymällä sen kokemista sekä ennen että jälkeen rannekkeen käyttöönottoa. Ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa yksinäisyyttä koki jatkuvasti tai melko usein 27 %, joskus yksinäisyyttä koki 38 % ja hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäisyyttä ollut tuntenut 34 % vastanneista. Naisista yksinäisyyttä ilmoitti kokeneensa jatkuvasti tai melko usein 33 % ja miehistä 23 % ennen rannekkeen käyttöönottoa (liitetaulukko 94). Tilastollista eroa ei kuitenkaan ole (p = 0,079). Yksinäiseksi itsensä usein tuntevien osuus on siis huomattavan suuri vastaajajoukossa verrattuna yleiseen yksinäiseksi itsensä kokevien osuuteen, mikä koko maassa työikäisten 20–54-vuotiaiden keskuudessa oli 9,4 prosenttia ja Turussa 10,3 prosenttia vuosina 2013–15 (Kaikkonen ym. 2015). Toisaalta suomalaisten hyvinvointitutkimuksessa on todettu, että työttömyys altistaa yksinäisyydelle ja jopa kaksinkertaistaa riskin koetulle yksinäisyydelle. (Vaarama ym. 2014b, 30). Nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista yksinäisyyttä oli kokenut (liitetaulukko 95) jatkuvasti tai melko usein 23 % ennen rannekkeen käyttöönottoa, kun erittäin huonoksi terveytensä kokevilla sitä oli ollut 57 %:lla. (p = 0,004). Yksinäisyyden kokemista tarkasteltiin myös kotitalouden ansiotulojen mukaan (taulukko 3).

Taulukko 3. Yksinäisyyden kokeminen ennen rannekkeen käyttöönottoa ansiotulojen mukaan

	Kun kaikkien perheenjäsentenne palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot (ilman toimeentulo- tai asumistukea) lasketaan yhteen veroja vähentämättä, paljonko ansaitsette kuukaudessa?							
Yksinäisyyden kokeminen ennen rannekkeen käyttöönottoa %		**< 500 €/kk**	**500–1000 €/kk**	**1000–1500 €/kk**	**1500–2000 €/kk**	**2000–2500 €/kk**	**2500–3000 €/kk**	**Yli 3000 €/kk**
	N=231	N=37	N=109	N=35	N=22	N=11	N=7	N=10
Jatkuvasti	7	14	7	6	5	9	0	0
Melko usein	21	16	23	23	18	9	14	10
Joskus	38	32	41	43	36	9	14	30
Hyvin harvoin	17	24	17	14	18	27	14	20
En koskaan	17	14	12	14	23	46	57	40

Ylläolevasta taulukosta tuloksia tarkasteltaessa kotitalouden ansiotulojen mukaan voidaan havaita, että yksinäisyyden kokemus vähenee ansiotulojen kasvaessa. Jatkuvasti tai melko usein yksinäisyyttä koettiin pienimmillä tuloilla noin 30 %:lla, kun vastaavasti suurimmilla yli 3000 euron kotitalouksissa asuvista, yksinäisyyttä koki vain 10 % kantaa ottaneista. Isoimmissa ansiotulotalouksissa asuvista yksinäisyyttä ei ollut kokenut koskaan noin 40–60 % vastaajista. Erot (liitetaulukko 96) olivat tilastollisesti melkein merkitsevät (p = 0,020). Muutosta yksinäisyyden kokemisessa rannekkeen käyttöönoton jälkeen kuvataan kuviossa 22.



Kuvio 22. Yksinäiseksi kokemisen muutos Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen

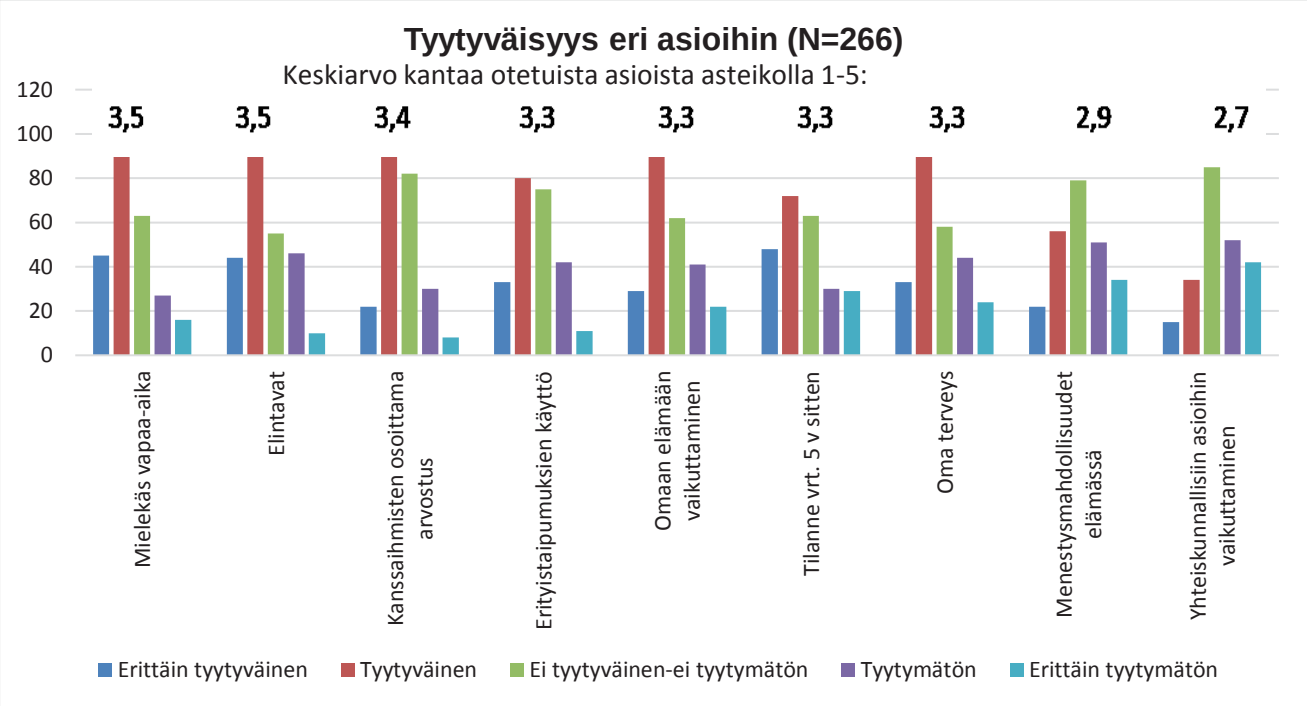
Rannekkeen käyttöönoton vuoksi suurimmalla osalla (57 %) yksinäisyyden kokeminen oli pysynyt ennallaan niistä, jotka osasivat arvioida muutosta, mutta jopa 37 % koki, että yksinäisyyden tunne oli vähentynyt tai vähentynyt huomattavasti. Sukupuolittain tarkasteltuna (liitetaulukko 97) miehistä 41 % koki, että yksinäisyyden tunne oli vähentynyt tai vähentynyt huomattavasti. Naisista näin koki 35 %, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (p = 0,227). Eli miehet kokivat alun perinkin vähemmän yksinäisyyttä ja se oli myös vähentynyt enemmän miehillä. Niillä, jotka kokivat, että Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen terveydentilanne on parantunut huomattavasti tai parantunut, 30 % oli kokenut aiemmin yksinäisyyttä (liitetaulukko 98). Heillä yksinäisyyden kokeminen oli vähentynyt jopa 50 %:lla (liitetaulukko 99). Kaikkiaan terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteluna yksinäisyyden kokemisen muutoksessa on tilastollisesti merkitsevät erot (p = 0,003). Työ- ja toimintakyvyn muutoksen mukaan (liitetaulukko 100) niillä, joilla työ- ja toimintakyky oli omasta mielestä parantunut huomattavasti tai parantunut, oli yksinäisyys vähentynyt keskimäärin 49 %:lla, kun verrattuna niihin, joiden toimintakyky oli ennallaan, yksinäisyys oli vähentynyt vain 21 %:lla. Ero on tilastollisesti merkitsevä (p = 0,002). Myös rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä (liitetaulukko 101) oli tilastollisesti merkitsevä ero (p = 0,009). Nykyomistajista 45 % arvioi yksinäisyyden tunteen vähentyneen tai vähentyneen huomattavasti, kun ei-omistajista 24 % arvioi niin.

Siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 102) naimattomilla oli alun perin eniten koettua yksinäisyyttä, jopa 34 % heistä koki sitä. Asumuserossa olevista oli kokenut yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein 27 %, avoliitossa olevista 24 % ja avioliitossa olevista 19 %. Erot olivat myös tilastollisesti merkitseviä (p = 0,001). Rannekkeen käyttöönoton jälkeen (liitetaulukko 103) tunne oli vähentynyt noin 40 %:lla niin naimattomilla, avoliitossa kuin asumuserossa olevilla, kun taas avioliitossa olevilla se oli vähentynyt vain 12 %:lla, tosin heillä oli sitä alun perin hieman vähemmän. Lisäksi mielenkiintoinen tutkimustulos oli, että avioliitossa olevista yksinäisyyden lisääntymistä koki jopa 22 %, kun muissa luokissa se oli lisääntynyt tuskin ollenkaan. Siviilisäädyn mukaiset erot olivat myös rannekkeen käyttöön oton jälkeen tilastollisesti merkitseviä (p = 0,002). Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna ei tapahtunut mitään johdonmukaista muutosta yksinäisyyden kokemisen muutoksen suhteen, kuten ei myöskään iän suhteen tarkasteltuna Ainoastaan yli 60-vuotiailla sitä oli alkutilanteessa tutkimusjoukossa vähiten ja se oli vähentynyt myös eniten heillä.

Elämän merkityksellisyyttä kysyttiin kysymällä ensin elämänlaatua ja sitten tyytyväisyyttä eri elämän osa-alueisiin. Elämänlaatunsa (N=266) arvioi viisiportaisella asteikolla erittäin hyvä – erittäin huono hyväksi tai erittäin hyväksi 51 % vastanneista, keskimääräiseksi sen koki 39 % ja huonoksi 9 %. Elämänlaatunsa hyväksi kokeneiden määrä on kuitenkin huomattavan paljon pienempi kuin suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa 2013, jolloin elämänlaatunsa koki erittäin hyväksi tai

hyväksi 87 prosenttia työllisistä ja jopa 71 prosenttia työttömistä. Ajallisen muutoksen todettiin tällöin olleen vähäistä verrattuna aiempiin 2000-luvulla tehtyihin tutkimuksiin. (Saikku ym. 2014, 128). Samoin osoitettiin, että tyytyväisyys omaan terveyteen ja hyvä elämänlaatu liittyvät voimakkaasti yhteen (Vaarama ym. 2014b, 32). Tässä tutkimuksessa naisista arvioi elämänlaatunsa 57 % ja miehistä 46 % erittäin hyväksi tai hyväksi (liitetaulukko 104). Naisten ja miesten elämänlaadun kokemisessa oli melkein tilastollisesti merkitsevää eroa (p = 0,052). Nuorimmat ikäluokat (liitetaulukko 105) kokivat elämänlaatunsa tilastollisesti merkitsevästi paremmaksi (p = 0,027). Myös tässä tutkimuksessa nykyisen terveydentilansa (liitetaulukko 106) erittäin hyväksi arvioineista arvioi elämänlaatunsa 83 % hyväksi tai erittäin hyväksi, kun erittäin huonolla terveydellä olevista niin ei arvioinut kukaan (p = 0,000). Myös terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 107) elämänlaadulla ja terveydentilan parantumisella on tilastollisesti merkittävä yhteys (p = 0,037). Esimerkiksi niillä, jotka kokevat, että terveydentila on parantunut tai parantunut huomattavasti, noin 55 % arvioi elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 108) pienimpien ja suurimpien tulojen välillä elämänlaadun kokemisessa oli selkeä ero. Pienimmissä tuloluokissa sen koki erittäin hyväksi tai hyväksi alle puolet vastaajista, kun suurimmissa tuloryhmissä noin 70 % koki niin. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä kuitenkaan (p = 0.691).

Allardtin (1976, 47) mielekkään tekemisen sekä itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia selvitettiin vielä lopuksi tyytyväisyydellä eri elämän osa-alueisiin yhdeksän eri vaihtoehdon avulla ja kuvataan kuviossa 23. Asteikkona oli viisiportainen erittäin tyytyväinen – erittäin tyytymätön tai en osaa sanoa.



Kuvio 23. Tyytyväisyys elämään

Mahdollisuus mielekkääseen vapaa-aikaan sekä omat elintavat arvioitiin keskiarvolla parhaaksi (3,5). Lähes yhtä tyytyväisiä oltiin kanssaihmisten osoittamaan arvostukseen (3,4). Erityistaipumuksien käyttö, mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään, tyytyväisyys omaan elämään verrattuna viiden vuoden takaiseen sekä tyytyväisyys omaan terveyteen saivat myös hyvän arvion (3,3). Selkeästi näitä tyytymättömimpiä oltiin omiin mahdollisuuksiin menestyä (2,9) sekä mahdollisuuteen vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin (2,7). Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 109) ainoastaan yhteiskunnallisiin asioihin vaikuttaminen erosi eri ansiotuloryhmien välillä tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (p = 0,010), mutta vaikuttamismahdollisuudet eivät olleet suoraan ansiotulojen mukaan johdonmukaisesti muuttuvia. Etnisen taustan mukaan (liitetaulukko 110) mielenkiintoinen tulos on, että tilastollisesti melkein merkitsevästi (p = 0,034) maahanmuuttajataustaisista 36 % kokee olevansa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen mahdollisuuksiinsa vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin, kun kantasuomalaisista niin kokee vain 20 %. Jos tuloksista vielä tarkastellaan erikseen mahdollisuutta mielekkääseen vapaa-aikaan, ja vastauksista jätetään huomioimatta neutraalit vastaukset, tulee erittäin tyytyväisten ja tyytyväisten osuudeksi 77 prosenttia. Tämä on samalla tasolla, kuin turkulaisille aiemmin tehdyissä hyvinvointitutkimuksissa 1990-luvun puolivälistä aina vuoteen 2008 asti on ollut. (Inkeroinen ym. 2008, 23). Tämän valossa voidaan tulkita, että rannekkeen käyttäjät, huolimatta taloudellisesta tiukasta tilanteestaan, ovat rannekkeen käytön myötä yhtä tyytyväisiä vapaa-aikaansa kuin turkulaiset yleensä.

Nykyisen terveydentilan mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 111 a-i) tilastollisesti merkitsevät erot näkyivät kaikissa muissa luokissa, paitsi kanssaihmisten osoittamassa arvostuksessa. Terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 112 a-b) tilastollisesti merkitsevät erot näkyivät mielekkään vapaa-ajan kokemisessa (p = 0,005) sekä omissa elintavoissa (p = 0,011). Esimerkiksi terveydentilan parantumista huomattavasti kokeneet arvioivat mielekkään vapaa-ajan kokemisensa 4,0 arvoiseksi ja 73 % arvioi olevansa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen siihen. Niillä, joilla terveydentila pysynyt samana, vain 51 % arvioi olevansa vastaavassa määrin tyytyväinen.

Kyselylomakkeen lopuksi kysyttiin vielä yleistä onnellisuuden kokemista kuusiportaisella asteikolla erittäin onnellinen – täysin onneton. Vastaajat (N=269) antoivat keskiarvoksi 3,3. Naisten onnellisuuskeskiarvo oli 3,4 ja miesten 3,2. Iän mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 113) eroa oli tilastollisesti melkein merkitsevästi eri ikäryhmien välillä (p = 0,040). Matalin keskiarvo 3,1 oli 31–40-vuotiailla ja korkein nuorimmilla vastaajilla 21–30-vuotiailla sekä yli 60-vuotiailla 3,6. Nykyisen terveydentilan mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 114) keskiarvot vaihtelivat erittäin paljon 1,7 ja 4 välillä (p = 0,000). Myös terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 115) onnelliseksi kokemisella ja terveydentilan parantumisella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys (p = 0,012). Niillä,

jotka kokevat, että terveydentila on parantunut huomattavasti, oli onnellisuuskeskiarvo 3,7. Sen sijaan niillä, joilla terveydentila on heikentynyt huomattavasti, keskiarvo oli 1,8. Myös siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 116) onnelliseksi kokemisella oli myös tilastollisesti merkitsevästi eroa (p = 0,010). Naimattomien ja asumuserossa olevien onnellisuuskeskiarvo oli 3,1, kun avoliitossa olevilla se oli 3,6 ja avioliitossa 3,5. Jos tuloksia tarkastelee prosentuaalisesti, niin kaikkiaan 80 % vastaajista arvioi onnellisuutensa asteikon positiiviselle puolelle ja 44 % on vastannut onnellisuutensa asteikon kahteen positiivisimpaan kohtaan. Voidaan siis tulkita, että onnelliseksi kokeminen oli samalla tasolla kuin aiemmassa turkulaisille tehdyssä hyvinvointitutkimuksessa vuonna 2008. Tällöin turkulaisista koki itsensä vähintään melko onnelliseksi reilusti yli 80 prosenttia kaikissa ikäryhmissä, jossain jopa 90 prosenttia (Inkeroinen ym. 2008, 15). Verrattuna suomalaiseen koko väestöön turkulaiset kokivat ylipäätään yleisesti ottaen itsensä onnellisemmiksi, koska vuonna 2004 onnelliseksi itsensä kokevia oli 81 prosenttia ja uusimmassa tutkimuksessa myös vuonna 2016 suomalaisista 80 prosenttia koki elämänsä vähintään melko onnelliseksi. Onnellisuuden todettiin olevan suurinta johtajien ja ylempien toimihenkilöiden hyvätuloisten ryhmissä, samoin kuin akateeminen koulutus lisäsi onnellisuutta. Sen sijaan toimeentulovaikeudet vähensivät onnellisuutta. Kaikkein onnettomimpia olivat työttömät ja ilman ammatillista koulutusta olevat. Molemmissa ryhmissä vain runsas puolet koki itsensä melko tai hyvin onnelliseksi. Vuoden 2004 mittaukseen verrattuna aiempaa useampi työtön koki itsensä onnettomaksi, minkä ajateltiin liittyvän pitkäaikaistyöttömyyden kasvuun ja toimeentulovaikeuksien syvenemiseen. (Eva 2016, 1–3).) Tämän tutkimuksen vastaajien ollessa suurimmaksi osaksi työttöminä voidaan rannekkeen käyttäjien onnellisuuden kokemista pitää hyvänä suhteessa koko väestöön.

7 YHTEENVETOA TULOKSISTA JA TULOSTEN TULKINTAA VAIKUTTAVUUSNÄKÖKULMASTA

Toiminnan vaikuttavuutta kuvaa tulosten ja vaikutusten suhde käytettyihin panoksiin ja toiminnan tavoitteisiin (Tykkyläinen 2016). Tässä luvussa kuvataan ja tulkitaan tämän tutkimuksen keskeisiä tuloksia juuri vaikuttavuusnäkökulmasta siten, että ensin tulkitaan vastaajien sosioekonomista asemaa eli kohdentuuko ranneke niille, joille se on tarkoitettukin. Sitten tulkitaan varsinaisia tuotoksia ja tuloksia, joina pidetään rannekkeella aikaansaatua palvelujen käyttöä sekä tyytyväisyyttä rannekkeella tarjottuihin palveluihin että tyytyväisyyttä harrastus- ja virkistysmenoihin ja tyytyväisyyttä palveluihin osallistumisen mahdollistumisessa. Sen jälkeen tulkitaan rannekkeella aikaansaatuja erilaisia vaikutuksia koetun hyvinvoinnin tekijöihin. Lopuksi esitetään vaikutusten näkökulmasta koottu yhteenveto.

7.1 Rannekkeen käyttäjät ovat tavoiteltua kohderyhmää

Objektiivisilla hyvinvoinnin mittareilla tarkasteltuna vastaajat olivat 21–60-vuotiaita sekä naisia että miehiä painottuen 31–50-vuotiasiin. Heistä jopa noin kaksi kolmasosaa asui erittäin pienituloisten alle 1000 euroa kuukaudessa ansaitsevissa kotitalouksissa. Kaikissa yli 2000 € kuukaudessa ansaitsevien tuloryhmien kotitalouksissa asuvia oli yhteensä vastaajista vain runsas kymmenesosa. Taloudellisen tilanteen muuttumista arvioitaessa yli puolet koki tilanteen olevan vastausaikana ennallaan verrattuna aikaan ennen Kimmoke-ranneketta. Viidesosa koki sen parantuneen ja noin kymmenesosa huonontuneen. Mielenkiintoista oli, että pelkästään maahanmuuttajataustaisista yli puolet kokee, että taloudellinen tilanne on muuttunut paremmaksi, kun kantasuomalaisista niin kokee vajaa neljännes. Vastaajista yli puolet asui yksin ja oli siviilisäädyltään naimattomia, jotka kokivat ennen rannekkeen käyttöönottoa yksinäisyyttä eniten. Yksinäisyys oli myös sitä yleisempää, mitä pienituloisempi oli. Työmarkkinatilanteen mukaan lähes puolet oli työttömänä. Voidaankin todeta, että ranneke kohdentuu juuri sellaisille henkilöille, joilla on siihen todellinen taloudellinen tarve ja joille se on oikeasti alun perin tarkoitettukin. Lisäksi voidaan todeta, että rannekkeen tavoitteessa tarjota niin yksinäisille kuin pienituloisille apua harrastamiseen, on onnistuttu.

Kotitalouden menojen kattamista selvitettäessä selvisi, että vastaajajoukolla oli suuria hankaluuksia kattaa kotitalouden menojaan. Vastanneet naiset kokivat vielä suurempia hankaluuksia, kun jopa neljä viidestä kokee menojensa kattamisen hankalaksi. Kun vastaajien kotitalouksien kokemia han-

kaluuksia kattaa erilaisia menojaan selvitettiin vielä tarkemmin, tuloksista selvisi, että aiempien tutkimusten tapaan (vrt. Inkeroinen ym. 2008, 33) näilläkin vastaajilla harrastus- ja virkistysmenot olivat juuri niitä menoja, joista ensimmäisenä oli karsittu, kun taloudellisesti on tiukkaa. Vastaajista jopa kaksi kolmesta oli joutunut karsimaan niistä usein tai jatkuvasti. Kaikkiaan lähes 90 prosenttia vastaajista oli joutunut karsimaan niistä menoista ainakin muutaman kerran viimeisen vuoden aikana. Tämä on valitettavaa, koska juuri harrastus- ja virkistysmenoilla ihminen voisi omatoimisesti lisätä omia henkisiä ja fyysisiä voimavarojaan ja siten ylläpitää ja parantaa terveyttään, kuten Allardt (1976, 175–176) jo aikoinaan todennut. Vapaa-ajan kasvava merkitys nykyajan ihmisille on tullut myös esille turkulaisten hyvinvointitutkimuksissa (Inkeroinen ym. 2008, 17). Tämän tutkimuksen vastaajista lisäksi runsas kymmenesosa oli niin suurissa taloudellisissa vaikeuksissa, että oli ollut jopa nälän puutteessa usein tai jatkuvasti. Tällaisilla henkilöillä voi helposti kuvitella, miten paljon apua rannekkeesta voi kokea saavansa juuri harrastus- ja virkistysmahdollisuuksiin. Saatujen tulosten perusteella, joita vaikuttavuusnäkökulmasta kuvataan seuraavissa alaluvuissa, voidaankin todeta, että Kimmoke-ranneke on näille kaikkein pienituloisimmille henkilöille juuri oikea keino helpottaa tasavertaista pääsyä osallistumaan ja harrastamaan niiden kanssa, joilla ei taloudellisia huolia ole. Samalla näin voidaan vähentää taloudellisten huolien usein aiheuttamaa syrjäytymiskehitystä, kun voidaan mahdollistaa yleisesti hyväksytty elämäntapa (Kangas ja Ritakallio 2003, 52).

7.2 Rannekkeen käyttö ja tyytyväisyys liittyvät toisiinsa

Kyselyyn vastanneista kahdella kolmesta oli ranneke edelleen käytössä. Syyt, miksi ei enää ollut ranneketta, jakaantuivat eri vaihtoehtojen välillä paljon. Työn saanti ja rahan puute olivat eniten selittävät tekijät noin viidenneksellä vastaajista. Myös saamattomuutta oli ilmoitettu syyksi runsaalla kymmenesosalla sekä vajaa kymmenesosalla sitä, että ostoon oikeuttavaa todistusta ei enää saanut. Vain kaksi prosenttia koki, ettei siitä ollut ollut hyötyä hänelle. Toisaalta tuloksissa näkyi rannekkeen nykyomistajilla parempia arvioita esimerkiksi terveystilanteessa, joka voi selittää osittain motivaatiota hankkia ranneke edelleen. Kaikkiaan voidaan todeta, että yleisesti vastaajat ovat kokeneet rannekkeesta hyötyä itselle, ja se pääsääntöisesti ostetaan, mikäli siihen oikeus on olemassa edelleen ja myös, jos varat riittävät siihen.

Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvien eri palveluiden käytöstä tutkimus osoitti, että liikuntapalvelut ja niistä erityisesti uimahalli- ja kuntosalikäynnit näyttävät olevan erittäin suosittuja palveluja rannekkeen käyttäjien keskuudessa. Jopa lähes kaksikolmasosaa vastaajista kävikin vähintään kerran viikossa uimahalleissa ja kuntosaleilla hieman yli puolet. Liikuntapalveluiden suosittuutta kuvaa hyvin

myös liikuntalaitosten kävijämäärätilastot. Vuonna 2015 liikuntalaitoksissa kävijöitä rannekkeella oli yhteensä 55 498. Palveluissa naisten ja miesten käyttö erosi niin, että naiset käyttävät uimahallia vielä enemmän kuin miehet (p =0,006). Sen sijaan kuntosalilla taas miehiä käy enemmän kuin naisia (p = 0,002). Kulttuuripalveluista yleisintä oli museoissa käynti, ja naiset käyttivät kulttuuripalveluita jonkin verran enemmän kuin miehet. Kaikkia tekstiviestikutsuja oli käytetty melko tasaisesti, mutta tekstiviestikutsuilla vastaajat olivat eniten innostuneet osallistumaan urheilutapahtumien seurantaan. Toisaalta oli monia palveluita, joita ei tunnettu, eikä käytetty kertaakaan. Tätä selittänee se, että monia uusia erityisesti kulttuuripalveluja on kehitetty vasta pikku hiljaa rannekkeen lanseerauksen jälkeen ja saattaa olla, että niiden tutuksi tekeminen vie aikaa. Toisaalta palvelujen merkitystä arvioitaessa niiden merkityskin koettiin kyllä pienemmäksi. Vaikuttavuusnäkökulmasta rannekkeella on saatu siis tuotoksena aikaan erityisesti säännöllistä liikuntapalvelujen käyttöä ja jonkin verran kulttuuripalvelujen käyttöä. Myös tekstiviestikutsuilla on onnistuttu houkuttelemaan eri elämysten pariin. Tämän muuttuneen käyttäytymisen toivotaan vaikuttavan hyvinvointikokemuksiin, kuten tulosten mukaan myös on käynyt.

Palvelujen merkitystä selvitettäessä vastaajista jopa lähes yhdeksän kymmenestä piti uimahallikäyntejä erittäin tai melko tärkeänä itselle. Naiset pitivät uimahallikäyntejä vielä tärkeämpinä kuin miehet (p = 0,014). Kuntosalikäynnit olivat lähes yhtä merkityksellisiä kuin uimahallikäynnit ja ne merkitsivät yhtä paljon niin naisille kuin miehille. Seuraavaksi merkittävimpänä, mutta kaukana uimahalli- ja kuntosalipalveluiden perässä tulivat tekstiviestikutsut teatteriin, konsertteihin ja urheiluotteluihin sekä museokäynnit. Sukupuolittain tarkasteltuna naisille monien kulttuuripalvelujen koettu merkitys oli selvästi miehiä suurempaa. Tärkeimpinä kulttuuripalveluista naiset pitivät tekstiviestikutsuja teatteriin ja konsertteihin. Sen sijaan miehille kaikkiaan kolmanneksi tärkeimpänä kuntosali- ja uimahallikäyntien jälkeen näyttäytyivät tekstiviestikutsut urheiluotteluihin, joita lähes puolet pitää itselle merkittävinä. Jos tärkeimmiksi arvioituja palveluja vielä tarkastellaan etnisen taustan mukaan, maahanmuuttajataustaisilla naisilla uimahallikäyntien merkitys on lähes kaksikymmentä prosenttia matalampi kuin kantasuomalaisilla. He kokevat myös kuntosalikäynnit hieman tärkeämmiksi kuin uimahallikäynnit. Palvelujen käytössä tai merkityksessä ei ollut ansiotulojen mukaan eroja eli näyttää siltä, että ne jotka rannekkeen ovat hankkineet, käyttävät sitä melko samalla lailla perheen taloudellisesta tilanteesta huolimatta, ainoastaan sukupuolittain on hieman eroja. Kaikkiaankin eri palvelujen kohdalla niitä, jotka vastasivat, että eivät osaa sanoa eli kantaa ottamatta jättäneitä oli keskimäärin kolmasosa vaihdellen uimahallien alle kymmenesosasta juuri lainattaviin liikuntavälineisiin, joihin lähes puolet ei ottanut kantaa. Kantaa ottamattomuus on linjassa siihen, miten palveluja oli käytettykin eli jos ei ollut käyttänyt palvelua, jätti ottamatta kantaa sen merkitykseen. Vaikuttavuusnäkökulmasta rannekkeeseen kuuluvien palvelujen merkitys näyttää tutkimustulosten mukaan vastanneen

sitä, miten niitä on käytettykin. Tuotokseksi tulkittu palvelujen suurempi käyttö näyttää johtavan tuloksena palvelun tärkeyden korkeampaan arviointiin ja ne korreloivat toisiinsa. Kun ihminen kokee saavansa sitä, mitä haluaa ja palvelu täyttää hänen odotuksensa, se myös koetaan hyödyllisenä ja sitä myös käytetään. Tuettu liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistuminen näyttää siis toimivan tavoitteen mukaisesti.

Myös tyytyväisyyttä Kimmoke-rannekkeeseen kuuluviin palveluihin kysyttäessä uimahalli- ja kuntosalikäynnit arvioitiin sellaisiksi palveluiksi, joihin ollaan erittäin tyytyväisiä. Tyytyväisyystulokset ovat kaikkiaan samansuuntaisia kuin palvelujen käyttöä ja merkitystä arvioitaessa arvioitiin. Tässäkin kysymyksessä tuli ilmi, että paljon oli sellaisia palveluita, mitä ei osattu ollenkaan arvioida. Ranneke sai koulutodistusasteikolla keskiarvoksi lähes kiitettävän 8,8. Mielenkiintoinen havainto on se, että jo tässä palvelutyytyväisyydessä näkyy vastausten tilastollisesti merkitsevä ero suhteessa omaan terveydentilaan ($p = 0,000$), mikä niin monissa muissakin vastauksissa jatkossa tulee esille (liite 5). Eli, kun on kokenut saaneensa rannekkeella vaikutusta omaan terveydentilaansa, arvioi rannekkeen kokonaisuutena vielä paremmaksi kuin muut. Vaikuttavuusnäkökulmasta myös tyytyväisyys on varmasti merkki, että palvelu koetaan itselle hyödyllisenä.

Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten tavoitteena ollutta Kimmoke-rannekkeen avulla harrastus- ja virkistystoimintaan osallistumista on voitu mahdollistaa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että lähes kaikki rannekkeen käyttäjät ovat olleet hyvin tyytyväisiä myös siihen, että he ovat saaneet harrastus- ja virkistysmenoihinsa paljon apua. Naiset kokivat kaikkiaan saavansa enemmän apua ($p = 0,025$). Samoin iän mukaan vanhin vastaajaryhmä koki saavansa eniten harrastus- ja virkistysmenoihin apua. Huomioitavaa on, että heillä yksinäisyyden tunne oli myös vähentynyt eniten. Myös rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä kokemuksilla oli eroa ($p = 0,004$). Nykyisistä rannekkeen omistajista jopa noin kaksikolmasosaa koki rannekkeen mahdollistaneen harrastus- ja virkistysmenoja erittäin paljon, kun niistä, joilla ranneketta ei enää ole, koki niin vajaa puolet. Tämä selittänee myös sitä, miksi ranneke on uudelleen hankittu, jos siihen vaan on oikeus ollut. Kotitalouden ansiotulojen mukaan tarkasteltaessa 2000 euron kohdalla oli merkittävä ero, miten paljon koettiin apua saatavaksi ($p = 0,009$). Tulokset vahvistavat edelleen Allardtin (1976, 175–176) toteamaa vapaa-ajan merkitystä, jolla voidaan poistaa esimerkiksi yksinäisyyttä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä.

Rannekkeen mahdollistaman palveluihin osallistumiseen olivat lähestulkoon kaikki vastaajat myös erittäin tyytyväisiä. Osallistumista pidettiin kaikissa tuloluokissa erittäin merkityksellisenä (87–93 %), mutta eri tuloluokkien kokemat erot poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p = 0,014$). Myös tässä kysymyksessä naiset kokivat merkityksen tärkeämmäksi kuin miehet ($p = 0,011$), kun

jopa 95 prosenttia arvioi rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin tärkeäksi. Tätä selittänee se, että naisten ja miesten välillä oli alun perin noin kymmenen prosenttia eroa, miten hankalaksi koettiin menojen kattaminen. Naisten kohdalla vielä vanhin ikäluokka 51–60-vuotiaat koki merkityksen suurimmaksi. Myös tässä kysymyksessä rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä oli eroa (p = 0,004). Hyviä tuloksia selittänee se, että ihmiset yleensä vertaavat asemaansa ympärillä olevaan yhteisöönsä (Vaarama ym. 2010a, 13), ja nyt, kun he kokevat pääsevänsä osallistumaan, kuten muut kuntalaiset, se koetaan hyvin tärkeäksi.

Tutkimustulosten mukaan Kimmoke-rannekkeen mahdollistamaa harrastus- ja virkistysmenojen tukemista sekä osallistumista pidetään siis kaikkiaan itselle ja omalle elämälle hyvin tärkeänä. Tulosten perusteella voidaankin todeta, että tavoitteena ollut pienituloisten tukeminen yhtäläiseen mahdollisuuteen osallistua ja harrastaa, on hyvin toteutunut ja vaikuttavuusnäkökulmasta tuki kohdentuu juuri halutulla tavalla. Voidaan tulkinta, että rannekkeella on voitu antaa ihmisille mahdollisuus tarveteorian mukaan ylläpitää fyysistä terveyttä ja toisaalta tehdä autonominen valinta lähteäkö harrastamaan vai ei (Ks. Järvikoski & Härkäpää 2011, 154). Ranneketta kehitettäessä asetettu visionomainen tavoite oli, että sillä mahdollistetaan heikommassa taloudellisessa tilanteessa olevien pääseminen harrastamisen pariin muiden kanssa. Näin saisi ”leivän” lisäksi tasa-arvoisen mahdollisuuden osallistua ja toteuttaa itseään ja saisi ”sirkushuveja” voimavarojensa lisäämiseksi. Tulosten valossa osoittautuu nyt, että tavoitteessa on onnistuttu. Esimerkiksi vastaajien avoimista kommenteista voi tässä raportissa esitettyjen tulosten lisäksi tulkita, kuinka tärkeäksi ranneke oikeasti koetaan ja kuinka tärkeänä vastaajat näkevät itsekin osallistumisen merkityksen kuvaamalla tunnettaan esimerkiksi elämän merkityksellisyydestä. Voidaan vaan arvioida, mitä tämä tarkoittaa yhteiskunnalle pitkällä tähtäimellä, kun ihmisten kokemaa elämän merkityksellisyyttä voidaan merkittävästi tukea. Tuloksista voidaan myös todeta, että rannekkeella on voitu vaikuttaa monien sairauksien taustalla juurisyynä (Saari 2016a) olevaan yksinäisyyteen ja osattomuuteen. On ikään kuin upotettu arjen rakenteisiin tuuppaamista (nudging), jolla on kannustettu osallistumaan myönteisiä siirtymiä, hyvinvointia, tuottaviin palveluihin. Näin ihmisen omat resurssit on pystytty muuttamaan mielekkääksi tekemiseksi, toimintakyvyksi ja edelleen elämään tyytyväisyydeksi. (Emt. 2016a, Sen 1993, 31–32) Yhteiskuntapoliittisesti on siis onnistuttu luomaan kannustinrakenteita, jolla ihmisten motivaatioita on hyödynnetty ja luotu mahdollisuuksia ”voimaannuttavien” (empowering) valintojen tekemiseen (Saari 2010, 111). Vaikuttavuusnäkökulmasta näillä tuloksilla on lisäksi varmasti merkitystä seuraavissa luvuissa esitettäviin syntyneisiin vaikutuksiin. Tämän erittäin korkeaksi koetun osallistumisen mahdollistumista voitaneen esimerkiksi pitää yhtenä selittävänä tekijänä, miksi tutkimuksen terveyskysymyksissä on myös tapahtunut niin iso positiivinen muutos.

7.3 Rannekkeella on lisätty erityisesti liikunnan harrastamista

Tutkimustulokset osoittavat, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi on tapahtunut huomattavaa liikkumisharrastamisen lisääntymistä. Peräti neljä viidesosaa vastaajista ilmoitti, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi on voinut lisätä yleistä liikkumisharrastamistaan erittäin tai melko paljon. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista lähes yhdeksän kymmenestä koki voineensa lisätä liikkumisharrastustaan rannekkeen avulla erittäin tai melko paljon, kun sen yli menevissä kotitalouksissa asuvien kohdalla vain runsas puolet koki niin. Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä oli myös eroa ($p = 0,020$). Sen sijaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi tapahtunutta osallistumista kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin sekä urheiluotteluihin on tulosten perusteella tapahtunut huomattavan paljon vähemmän. Kuitenkin niidenkin lisääntymistä oli tapahtunut noin viidenneksellä vastaajista. Sukupuolittain tarkasteltuna ranneke näyttää mahdollistaneen erityisen paljon naisten liikunnan lisääntymistä ($p = 0,003$). Tämä selittynee sillä, että naiset kokivat alun perin menojensa kattamisen miehiä hankalammaksi, ja nyt ranneke on mahdollistanut heille selkeästi harrastamisen lisääntymistä, mikä tuli jo aiemmin harrastusmenojen ja osallistumisen yhteydessä esille. Liikkumisen lisääntymisen osoitettiinkin korreloivan voimakkaasti osallistumisen mahdollistumiseen sekä muutoksen aiheutumiseen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta. Sen sijaan rannekkeen mahdollistama miesten osallistuminen urheiluotteluihin oli tilastollisesti merkitsevästi erilaista ($p = 0,022$), samoin kuin nuorempien ikäryhmien osallistuminen niihin ($p = 0,006$).

Jos tuloksia vielä tarkastellaan terveysliikuntasuositusten mukaan liikkuvien määrällä, niin tulosten perusteella todellisessa liikkumisen määrässä tapahtui todella iso muutos. Terveysliikuntasuositusten mukainen liikunta lisääntyi huomattavasti ja passiivisten liikkujien määrä väheni. Rannekkeen nykyomistajien liikkuminen oli lisääntynyt enemmän kuin ei-omistajilla. Tästä lisääntymisestä johtuvat liikunnan tunnetut terveysliikuntavaikutukset näkyvätkin sitten vastaajien erilaisissa subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksissa, joita seuraavissa luvuissa esitetään. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna alle 2000 euroa kuukaudessa asuvien kotitalouksissa asuvilla oli terveyden kannalta riittävästi liikkuminen lisääntynyt kymmenisen prosenttia enemmän kuin enemmän ansaitsevilla. Tätä selittänee se, että tuloksissa oli voimakasta korrelaatiota liikkumisharrastuksen lisääntymisen ja sen välillä, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ei ole voinut rahan puutteen vuoksi harrastaa. Erittäin merkittävä tutkimustulos on, että terveydentilansa huomattavasti parantuneeksi kokeneilla terveyden kannalta riittävän liikunnan määrä oli lisääntynyt huomattavasti vielä enemmän kuin kaikilla vastaajilla keskimäärin. Näistä vastaajista noin kolmannes liikkui ennen rannekkeen käyttöönottoa vähintään kolme kertaa viikossa ja tutkimushetkellä jopa 94 prosenttia ilmoitti liikkuvansa siten. Myös terveydentilansa parantuneeksi kokeneilla liikunnan määrä

oli lisääntynyt vajaa kolmanneksesta noin kahteen kolmasosaan. Terveydentilan paranemisen ja nykyisen liikunnan määrässä onkin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys (p = 0,000) myös tämän tutkimuksen mukaan. Tuloksissa myös nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi kokevista noin 90 prosenttia liikkui vähintään kolme kertaa viikossa vähintään puoli tuntia hengästyen ja hikoillen, kun ennen ranneketta vajaa 60 prosenttia liikkui yhtä aktiivisesti. Erot liikkumisen määrässä ja koetussa nykyisessä terveydentilassa ovat myös tilastollisesti merkitseviä (p = 0,000). Näin liikunnan kiistaton vaikutus terveydentilaan tulee siis tässäkin tutkimuksessa selkeästi esille.

Rannekkeen avulla on siis pystytty vaikuttamaan selkeästi tavoitteena olleeseen liikkumisharrastamisen lisääntymiseen, ja eniten siihen on vaikutettu pienimpien kotitalouksien ansiotulojen kanssa elävien joukossa. Tulokset vahvistavat myös aiempien tutkimusten tuloksia, että varallisuudella näyttää olevan merkitystä liikunnan harrastamiseen (Borodulin ym. 2015, 8, Mäkinen 2011, 58). Tutkimustulosten mukaan rannekkeen vaikutukset liikkumisharrastamisen lisääntymiseen ovat kiistattomat. Tämä näkyy siinä, että niistä vastaajista, jotka arvioivat liikkumisensa oikeasti lisääntyneen, lähes yhdeksän kymmenestä arvioi lisäyksen johtuneen rannekkeesta. Rannekkeen merkityksessä muutokseen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä oli myös selkeä ero (p = 0,036). Samoin oli terveydentilan muutoksen mukaan (p = 0,000). Liikunnan terveydellisten vaikutusten ollessa kiistattomat suomalaisten kansansairauksiin (Husu ym. 2011, 5) tulisi jo pelkästään tämän todetun liikunnan lisääntymisen vuoksi myöntää ranneke kaikille toimeentulovaikeuksissa oleville. Yhteiskunnan kannalta se olisi kuitenkin edullisempi vaihtoehto kuin kansansairauksien kustannukset ovat.

7.4 Rannekkeella on saatu terveyttä

Tutkimuksessa kaikkiaan puolella vastaajista oli tutkimushetkellä hyvä terveys. Ikäryhmittäin erot olivat tilastollisesti merkitsevät (p = 0,015), samoin kuin vastaajien terveydellä ja peruskoulutuksella (p = 0,028) oli yhteyttä. Terveydentilansa vastaushetkellä erittäin hyväksi tai hyväksi kokeneet arvioivat terveydentilansa parantuneen rannekkeen käyttöönoton jälkeen (p = 0,038). Erittäin merkittävä tutkimustulos on, että terveydentilan koki parantuneen tai parantuneen huomattavasti lähes kolme viidesosaa vastaajista rannekkeen käyttöönoton jälkeen. Lisäksi rannekkeen nykyisillä käyttäjillä vaikutus oli vielä suurempi kuin niillä, joilla sitä ei enää ollut käytössä (p = 0,008). Myös kaikilla alle 2000 euron kotitalouksissa asuvilla terveydentila oli parantunut kaksikolmasosalla, kun sen yli menevissä kotitalouksissa asuvien kohdalla vain kolmasosalla terveydentila oli parantunut. On huomattava kuitenkin, että kolmasosankin terveydentilan paraneminen on erittäin vaikuttava tulos.

Rannekkeen vaikutus terveydentilan muuttumiseen on myös kiistaton. Terveydentilansa parantuneeksi kokeneista yli puolet arvioi, että terveydentilan paraneminen oli tapahtunut nimenomaan Kimmoke- rannekkeen vuoksi kokonaan tai melkein kokonaan. Alle 2000 euron kotitalouksissa asuvista kolme viidesosaa arvioi terveydentilan parantumisen johtuneen kokonaan tai lähes kokonaan rannekkeesta, kun sitä isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvista vain noin kolmasosa arvioi niin. Terveydentilansa huomattavasti parantuneeksi rannekkeen käyttöön oton jälkeen kokeneista jopa 95 prosenttia koki, että se on parantunut nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi. Niilläkin, joilla terveydentila on parantunut, yli puolen mielestä se on johtunut rannekkeesta ($p = 0,000$). Rannekkeen nykyomistajien ja ei-omistajien välillä oli myös eroa ($p = 0,039$). Kuten tulososiossa esitettiin, terveydentilan muutos korreloikin voimakkaasti sen kanssa, että muutos johtuu nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta ja myös kohtalaisesti siitä, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi on voinut lisätä liikkumisharrastamista.

Vaikuttavuusnäkökulmasta rannekkeen avulla on siis erittäin paljon voitu parantaa erityisesti niiden käyttäjien terveyttä, jotka asuvat kaikkein pienituloisempien ansiotulojen talouksissa ja toisaalta niiden, joilla ranneke edelleen on käytössä. Ansiotuloraja 2000 euroa näyttää olevan sellainen raja, minkä suhteen voi tehdä johtopäätöksen, että kaikkia sellaisia henkilöitä, joiden perheen yhteiset ansiotulot jäävät rajan alapuolelle, tulisi auttaa erityisen herkästi harrastusmenojen kustannuksissa. Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että rannekkeen avulla terveyttä voidaan tehokkaasti parantaa, ja siten tasoittaa eri sosioekonomisten ryhmien välillä olevia terveyseroja. Tätä tukee myös se erittäin merkittävä tutkimustulos, että rannekkeen vaikutukset näyttävät olleen erittäin suuret myös terveyspalvelujen tarpeeseen. Tulosten mukaan terveys, työ- tai toimintakyky on parantunut niin, että lääkärin tai hoitajan vastaanotoilla käynnit ovat vähentyneet, miehillä jopa enemmän, samoin rannekkeen nykyisillä käyttäjillä. Yhteiskunnalle tämä tarkoittaisi huomattavia säästöjä, jos alimpien sosiaaliryhmien sairastamisen kustannuksiin voitaisiin vaikuttaa. Aiempien tutkimusten mukaan on todettu, että jos terveysongelmien yleisyys saataisiin koko väestössä pienenemään samalle tasolle kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla, useimmat keskeiset terveysongelmat vähenisivät 30–50 prosentilla (Martelin ym. 2014, 71). Kun rannekkeella tulosten mukaan voidaan vaikuttaa pienituloisten kohderyhmän, joista suuri osa on työttömiä, terveyteen ja myös terveyspalvelutarpeeseen, voitaisiin saavuttaa merkittäviä kustannusvaikutuksia, jos esimerkiksi kaikki työttömät saataisiin rannekkeen avulla lisäämään liikkumistaan ja siten kohentamaan terveyttään. Tutkimus vahvistaa sitä, että hyvätkään aineelliset elinolot eivät takaa hyvinvointia, vaan merkityksellisempää on yksilön mahdollisuudet toimia hyvinvointinsa rakentamiseksi (Moisio ym. 2010, 16).

7.5 Työ- ja toimintakykyynkin on voitu vaikuttaa

Työ- ja toimintakykyä haittaava pitkäaikaissairaus oli lähes puolella vastaajista ja niitä oli nuorimmilla vastaajilla vähiten (p = 0,001). Terveydentilan ja pitkäaikaissairauksien välillä oli myös selvä yhteys (p = 0,000). Työ- ja toimintakyky oli parantunut rannekkeen käyttöönoton jälkeen lähes puolella vastaajista. Ansiotulojen mukaan muutoksessa oli eroa siten, että alle 2000 euron kuukausitulojen kotitalouksissa asuvista yli puolet arvioi työ- ja toimintakykynsä parantuneen tai parantuneen huomattavasti rannekkeen käyttöönoton jälkeen, kun isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvista näin koki vain noin kolmasosa. Terveydentilan muutoksen mukaan tarkasteltuna terveydentilansa huomattavasti parantuneeksi kokeneilla myös työ- ja toimintakyky on lähes kaikkien (95 %) mielestä parantunut tai parantunut huomattavasti (p = 0,000). Tässäkin tutkimuksessa voidaan siis todeta terveyden kokemisen muutoksen sekä työ- ja toimintakyvyn muutoksen kulkevan rinnakkain aiempien tutkimusten tapaan (esim. Koskinen ym. 2006, 114).

Rannekkeen vaikutusta kuvaa se, että myös työ- ja toimintakykynsä parantuneeksi kokeneista yli puolet koki, että se oli parantunut nimenomaan Kimmoke- rannekkeen vuoksi kokonaan tai melkein kokonaan. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna mielipiteet rannekkeen vaikutuksesta erosivat selvästi. Alle 2000 euroa kuukaudessa ansaitsevien kotitalouksissa asuvista runsas puolet arvioi muutoksen johtuneen kokonaan tai lähes kokonaan rannekkeesta. Sen sijaan sitä isompien ansiotulojen kotitalouksissa asuvien mielestä muutos on vain vajaa kolmanneksen mielestä johtunut rannekkeesta. Tilastollisia eroja näistä ei kuitenkaan löytynyt. Sen sijaan niillä, joilla terveydentila oli parantunut huomattavasti, työ- ja toimintakyvyn paranemisen muutos johtui 85 prosentin mielestä Kimmoke-rannekkeesta (p = 0,000). Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että myös työ- ja toimintakyvyn paranemiseen on voitu vaikuttaa todella merkittävästi erityisesti kaikkein pienempituloisten kotitalouksissa asuvien kohdalla. Rajana tässäkin näytti olevan alle 2000 euron tuloilla toimeentulevat.

Myös koetussa nykyisessä työkyvyssä oli merkitsevät erot eri ikäryhmien välillä niin ennen rannekkeen käyttöönottoa (p = 0,001) kuin rannekkeen käyttöönoton jälkeen (p = 0,000). Samoin oli nykyisen työkyvyn kohdalla sosioekonomista asemaa määrittävien tekijöiden mukaan niin perus- (p = 0,008) kuin ammatillisen koulutuksen (p = 0,039) ja ansiotulojen mukaan (p = 0,018). Erityisen merkittävät työkyvyn kokemisen erot olivat nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineiden 9,7 ja huonoksi arvioineiden 0,4 välillä (p = 0,000). Rannekkeen vaikutuksesta suurin muutos, jopa kolme yksikköä, onkin tapahtunut niillä, jotka ovat kokeneet terveydentilansa huomattavasti parantuneeksi. Nykyisen työkyvyn osoitettiinkin korreloivan voimakkaasti oman nykyisen terveydentilan kanssa. Lisäksi kaikkien sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan tarkasteltuna positiiviset muutokset ovat

nähtävissä noin runsaan yhden arvosanan verran. Sosioekonomisen aseman mukaiset erot ovat siis tässäkin tutkimuksessa aiempien tutkimusten tapaan (esim. Martelin ym. 2007, 116–118) havaittavissa niin terveyden kuin työkyvyn arvioissa, ja tilastolliset erot säilyvät rannekkeen käyttöönoton jälkeenkin. Mutta voidaan myös todeta, että työkyvyssä koetut erot ovat rannekkeen käyttöönoton myötä hieman tasoittuneet, eikä enää niin suuria sosioekonomisen aseman mukaisia eroja ole. Toisaalta voidaan todeta, että vastaajat olivat kaikkiaan suomalaisten työkykyyn nähden verrattuna huonoimman arvion työkyvystään antaneiden työkyvyttömyyseläkeläisten tasolla (esim. Martelin 2006b, 78).

Terveytensä puolesta kykyyn työskennellä nykyisessä tai viimeisimmässä ammatissaan vanhuuseläkeikään asti uskoi noin kaksikolmasosaa vastaajista. Korkeammilla ansiotuloilla uskottiin omaan työkykyyn hieman enemmän, mutta erityisen isot ”uskomuserot” korreloivat nykyiseen terveyteen. Nykyisen terveydentilansa erittäin hyväksi arvioineista lähes kaikki (94 %) ja vielä sen hyväksi arvioineistakin kolmeneljäsosaa uskoi kykyynsä terveytensä puolesta työskennellä nykyisessä tai viimeisimmässä ammatissaan vanhuuseläkeikään asti, kun enää keskinkertaisella terveydellä niin uskoi alle puolet ($p = 0,000$). Oma subjektiivinen kokemus terveydestä korreloi siis hyvin voimakkaasti uskoon omaan työkykyyn tulevaisuudessa. Koska Kimmoke-rannekkeella on parantunut sekä oma arvio työkyvystä, että usko kykyyn työskennellä ammatissaan vanhuuseläkeikään asti, voidaan pitää todennäköisenä, että töitä tullessa tarjolle, se voidaan työkyvyn näkökulmasta ottaa vastaan. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet työkyvyn subjektiivisen arvion ennustavan hyvin tulevaa työkykyä (esim. Ilmarinen ym. 2006, 17–21). Voidaan siis todeta, että rannekkeella on onnistuttu vaikuttamaan usein työllistymisen esteenä olevaan riittämättömään työkykyyn (esim. Rantanen 2005, 60).

7.6 Merkittävä muutos yksinäisyyteen ja elämänlaatuun

Yksinäisyyttä koki jatkuvasti tai melko usein ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa jopa vajaa kolmannes vastaajista. Siten tämän tutkimuksen yksinäisyyden kokemisen määrä on suomalaisen hyvinvointitutkimuksen työttömien kokemaan yksinäisyyteen verrattuna samalla tasolla (Saikku ym. 2014, 127–129). Naiset kokivat yksinäisyyttä hieman enemmän kuin miehet. Samoin huonon terveydentilan omaavat kokivat yksinäisyyttä huomattavasti useammin ($p = 0,004$), kuten myös naimattomat tai asumuserossa olevat verrattuna avo-/avioliitossa asuviin ($p = 0,001$). Ansiotulojen mukaan yksinäisyyden kokemus myös väheni suoraan ansiotulojen kasvaessa noin kolmasosasta kymmenesosaan ($p = 0,020$). Tätä selittänee osittain se, että aiempien tutkimustulosten mukaan yksinäisyyden taustalla piilevät sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla sekä

toimeentulovaikeuksia kokevilla. Esimerkiksi taloudellisista syistä johtuvat rajoitteet osallistua uuden tekniikan kautta tapahtuvaan sosiaaliseen elämään saattavat aiheuttaa sosiaalista ulkopuolisuutta. Toimeentulovaikeuksia kokevilla naisilla todettiin sosiaalisen toimintakyvyn ongelmien riskit peräti kaksinkertaisiksi muihin verrattuna. (Shemeikka & Rinne & Saares 2015, 41, 47.) Ansiotuloilla näytti olevan tämänkin tutkimuksen mukaan merkitystä sille, mitä kaikkea ihminen voi vapaa-ajallaan tehdä ja mihin osallistua, ja toisaalta siten saada yksinäisyyteen apua.

Yksi tutkimuksen merkittävimmistä tuloksista on, että vaikka rannekkeen vaikutuksia yksinäisyyteen tutkittaessa yli puolella vastaajista yksinäisyyden kokeminen oli pysynyt ennallaan, se oli jopa lähes neljälläkymmenellä prosentilla vähentynyt tai vähentynyt huomattavasti. Iän mukaan tarkasteltuna vanhimman vastaajaryhmän yksinäisyyden tunne oli vähentynyt eniten. Sekä terveydentilansa ($p = 0,003$) että työ- ja toimintakykynsä ($p = 0,002$) huomattavasti parantuneeksi tai parantuneeksi kokeneista vieläkin suurempi osa, noin puolet koki yksinäisyyden tunteen vähentyneen. Myös rannekkeen nykyomistajista lähes puolet arvioi yksinäisyyden tunteen vähentyneen tai vähentyneen huomattavasti, kun ei-omistajista vain noin neljännes arvioi niin ($p = 0,009$). Siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna erityisesti yksinasuvilla oli yksinäisyyden kokeminen vähentynyt huomattavasti enemmän kuin parisuhteessa olevilla. Tätä selittänee osittain myös lähtötilanteessa yksinasuvilla esiintynyt suurempi yksinäisyyden kokeminen. Lähtötilanteen ero selittänee myös sitä, että ansiotulojen mukaan ei tapahtunut mitään muutosta yksinäisyyden kokemisessa. Kaikkiaan kuitenkin voidaan todeta, että rannekkeen avulla on saatu merkittävä muutos aikaan yksinäisyyden kokemisessa. Johtopäätöksenä voidaan lisäksi todeta, että näin vaikuttavien tulosten mukaan kaikkien eri sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteydessä voisi selvittää yksinäisyyden kokemista. Yksinäisyyttä kokeville voisi antaa rannekkeen, jotta he pääsisivät osallistumaan ja harrastamaan, jotta siten monien kansansairauksien juurisyynä (Saari 2016a) esiintyvään yksinäisyyteen voitaisiin tehokkaasti puuttua.

Tutkimustulosten mukaan noin puolet vastanneista arvioi elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi ja nuorimmat ikäluokat kokivat sen vanhempia paremmaksi ($p = 0,027$). Terveydentilan kokemisella oli hyvin selkeä yhteys elämänlaadun kokemisen kanssa ($p = 0,000$). Samoin terveydentilan muutoksen mukaan terveydentilansa parantuneeksi kokeneista runsas puolet arvioi elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi. Erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevät ($p = 0,037$). Tulokset vahvistavat aiempia kansallisia tuloksia terveyden ja elämänlaadun yhteyksistä (esim. Vaarama ym. 2014b, 32). Sen sijaan ansiotulojen mukaan ei ollut yhteyttä elämänlaadun kokemisella. Vastaajista tosin suurin osa kuuluu pienituloisten joukkoon, mutta siitäkin huolimatta tämäkin tutkimus osoittaa, että taloudellinen tilanne yksistään ei sanele, miten ihmiset arvioivat elämänlaatuaan. Väestön tyytyväisyys ja onnellisuus eivät enää perustavien tarpeiden tyydytyksen jälkeen lisäännykään elintason mukana,

vaan hyvinvointiin vaikuttavat esimerkiksi osallisuus ja mielekäs tekeminen (esim. Moisio ym. 2014,10).

Myös tyytyväisyydessä mielekkääseen tekemiseen sekä itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin osoittautui, että rannekkeen käyttäjät, huolimatta taloudellisesta tiukasta tilanteestaan, ovat rannekkeen käytön myötä yhtä tyytyväisiä vapaa-aikaansa kuin turkulaiset yleensä (Inkeroinen ym. 2008, 23). Tämä on merkittävä tulos, koska aiemmin on osoitettu, että työttömien tyytyväisyys kaikkiaan itsensä toteuttamiseen oli Turussa lähes puolet pienempää kuin kokopäivätyössä olevilla (Rasinkangas 2004, 78). Kaikkiaan juuri mielekäs vapaa-aika ja omat elintavat olivat asioita, joihin oltiin tyytyväisimpiä. Ansiotulojen mukaan tarkasteltuna yhteiskunnallisiin asioihin vaikuttaminen erosi eri ansiotuloryhmien välillä tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,010$). Etnisen taustan mukaan mielenkiintoinen tulos on, että maahanmuuttajataustaisista melkein puolet enemmän on erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin verrattuna kantasuomalaisiin. Tämä voisi selittyä sillä, että kun monet heistä ovat ehkä muuttaneet Suomeen maista, joissa ei ole sananvapautta ollut, niin sitä osataan arvostaa täällä kantasuomalaisia enemmän. Myös tässä kysymyksessä terveydentilan mukaan näkyivät tilastolliset erot kaikissa muissa luokissa paitsi kanssaihmisten osoittamassa arvostuksessa. Samoin terveydentilan muutoksen mukaan näkyi eroja. Esimerkiksi terveydentilansa huomattavaa parantumista kokeneista 73 prosenttia arvioi olevansa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen mielekkääseen vapaa-aikaan, kun terveydentilansa samana kokeneista vain noin puolet koki niin. Tämänkin tuloksen perusteella voidaan tulkita, että kun on päässyt harrastamaan ja kokee terveydentilansa hyväksi tai on jopa saanut terveydentilansa paranemaan rannekkeen mahdollistaman harrastamisen avulla, on yleisesti melko tyytyväinen elämän eri osa-alueisiin huolimatta siitä, että taloushuolet painavat. Voidaankin todeta, että rannekkeella on onnistuttu lisäämään hyvinvointipolitiikkaan peräänkuulutettua sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista, ns. sosiaalisen hyvän edistämistä (esim. Moisio ym. 2008, 17–18).

Tyytyväisyyttä mitattiin vielä yleisellä onnellisuuden kokemisella. Ottaen huomioon, että elämäntilanteet saattavat olla rannekkeeseen oikeutetuilla hyvinkin hankalia, esimerkiksi yli kymmenesosa on jopa nähnyt nälkää usein tai jatkuvasti viimeisen vuoden aikana, voi onnellisuuskeskiarvoa 3,3 pitää hyvänä. Kaikkiaan vastanneet ovat suomalaisten kanssa yhtä onnellisia (Eva 2016, 1). Myös tässä kysymyksessä sekä nykyisen terveydentilan ($p = 0,000$), että terveydentilan muutoksen ($p = 0,012$) mukaan keskiarvot vaihtelivat erittäin paljon. Terveys määrittelee siis tässäkin kysymyksessä täysin sitä, miten onnelliseksi vastaajat itsensä kokevat, kuten edellä kaikissa muissakin vastauksissa on ilmennyt. Terveysvaikutukset ovat olleet siis merkittäviä, ja siten vaikuttavuuden terveyseroihin voidaan ajatella parantuvan pitkällä aikavälillä.

7.7 Yhteenveto vaikutuksista

Tutkimuksen keskeiset tulokset koetuista vaikutuksista ja muutoksista esitetään taulukossa 4 siten, että tilastollisesti erittäin merkitsevät (***), merkitsevät (**) ja melkein merkitsevät (*) p-arvot on merkitty tähdillä.

Taulukko 4. Yhteenveto vaikutuksista

(%)	Kaikki vastaa-jat (N=272)	Naiset (N=138)	Miehet (N=130)	Kotita-louden tulot alle 2000 € (N=210)	Kotita-louden tulot yli 2000 € (N=38)	Ran-neke edelleen (N=182)	Ei enää ranne-ketta (N=90)
Harrastus- ja virkis-tysmenoihin apua erittäin tai melko paljon	85	87	86	93	70	92	68
		(p = 0,025)*		(p = 0,009)**		(p = 0,004)**	
Palveluihin osallis-tumisen mahdollis-taminen erittäin tai melko tärkeä	89	95	85	93	87	94	82
		(p = 0,011)*		(p = 0,014)*		(p = 0,004)**	
Lisännyt liikkumis-harrastusta erittäin tai melko paljon	81	83	81	88	58	87	72
		(p = 0,003)**				(p = 0,020)*	
Lisännyt kulttuuri-harrastusta erittäin tai melko paljon	21	25	15	23	9	20	20
		(p = 0,206)					
Lisännyt urheiluot-teluihin osallistu-mista erittäin tai melko paljon	16	10	20	15	6	17	11
		(p = 0,022)*					
Terveyden kannalta riittävä liikkuminen väh.3x/vk	36 -> 65	28 -> 59	40 -> 72	32->64	34->53	73	51
		(p ennen = 0,178) (p jälkeen = 0,203)				(p = 0,000)***	
Liikunnan lisäys johtuu rannek-keesta kokonaan tai lähes kokonaan	71	73	70	75	51	76	59
		(p = 0,054)		(p = 0,167)		(p = 0,036)*	

Terveydentila parantunut huomattavasti tai parantunut	57	63	58	67	33	67	48
				(p = 0,059)		(p = 0,008)**	
Terveydentilan parannus johtuu rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan	56	58	55	60	32	60	44
				(p = 0,0423)*		(p = 0,039)*	
Terveyspalvelujen käyttö vähentynyt erittäin tai melko paljon	28	42	28	39	25	41	20
		(p = 0,233)		(p = 0,395)		(p = 0,035)*	
Työ- ja toimintakyky parantunut huomattavasti tai parantunut	46	44	48	53	31	55	40
				(p = 0,701)		(p = 0,084)	
Työ- ja toimintakyky parantunut rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan	52	56	47	55	28	52	53
		(p = 0,419)		(p = 0,754)		(p = 0,013)*	
Yksinäisyys vähentynyt rannekkeen käyttöönoton jälkeen	37	35	41	Lähtötilanteessa ansiotulojen mukaan eroa 10–30		45	24
		(p = 0,227)		(p = 0,020)*		(p = 0,009)**	

Taulukosta nähdään, että (=tutkimuskysymyksenä ollut) Kimmoke-rannekkeella tuetut liikunta-ja kulttuuripalvelut voivat edistää kansalaisten subjektiivista hyvinvointia merkittävällä tavalla. Ne, jotka ottavat rannekkeen käyttöön, hyötyvät siitä erinomaisen paljon, sillä Kimmoke-rannekkeen koettiin hyvin paljon mahdollistavan sellaisia menoja, johon rahan puutteen vuoksi ei ole aiemmin ollut varaa. Lähes kaikki vastanneet kokivat saaneensa apua harrastus- ja virkistysmenoihinsa. Kimmoke-rannekkeella on lisäksi voitu parantaa ihmisten terveyttä, työ- ja toimintakykyä ja jopa terveyspalvelujen käyttöä on voitu vähentää. Myös yksinäisyyden tunne oli vähentynyt erittäin monilla vastaajista.

Tuloksista voidaan lisäksi yhteenvetona todeta, että noin puolella vastaajista oli tutkimushetkellä sekä hyvä terveys että hyvä työ- ja toimintakyky sekä, että käytetyistä mittareista terveydentila on parantunut enemmän (57 %) kuin työ- ja toimintakyky, mutta sekin vielä lähes puolella (46 %). Vastaajista

terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn muutoksen arvioi yli puolet (56 % ja 52 %) johtuvan Kimmoke-rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan. Liikunnan lisääntymisen arvioi jopa yli kaksikolmasosaa (71 %) johtuneen Kimmoke-rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan. Keskiarvolla arvioituna muutokset johtuivat rannekkeesta samassa suhteessa kuin vastaajat kokevat, että ne ovat muuttuneet eli, kun liikunta oli eniten lisääntynyt, keskiarvolla arvioituna muutos johtui 3,8 arvoisesti rannekkeesta. Vastaavasti terveydentilan muutos johtui 3,4 arvoisesti ja työ- ja toimintakyvyn muutoksen keskiarvo 3,3. Merkittävä tulos on se, että vastauksissa näkyy selkeä ero suhteessa omaan terveydentilaan tai terveydentilan muutokseen. Suurimmassa osassa kysymyksiä tilastollisesti erot ovat erittäin merkitsevästi erilaisia, ja p = 0,000 toteutuu hyvinkin usein. Näistä muutoksista on koottu liite 5.

Kimmoke-rannekkeen vuoksi lisääntynyt liikkuminen näyttää olevan suositumpaa rannekkeen käyttäjien keskuudessa kuin kulttuuripalvelujen käyttö. Liikuntapalveluista suosituinta oli uimahalleissa ja kuntosaleilla käynnit, jopa kaksikolmasosaa vastaajista käyttää palveluita vähintään kerran viikossa. Jos kaikkiaan tarkastelee Kimmoke-rannekkeen avulla arvioitua muutosta liikkumiseen, on se selkeästi yhteydessä rannekkeen mahdollistamiin harrastus- ja virkistysmenoihin sekä palveluihin osallistumiseen sekä siihen, että arvioi muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta. Eli ne, jotka kokevat, että ranneke on mahdollistanut harrastus- ja virkistysmenoja ja osallistumista palveluihin, ovat lisänneet liikuntaansa. Liikkumisen lisääntyminen korreloi myös kohtalaisen voimakkaasti nykyiseen terveydentilaan, minkä taas todettiin korreloivan voimakkaimmin nykyisen työ- ja toimintakyvyn sekä työkyvyn kanssa.

Kaikkiaan, jos tarkastelee alle 2000 euron ansiotulojen parissa eläviä ja heidän vastauksia, voidaan todeta, että heistä lähes kaksikolmasosaa liikkuu terveyden kannalta riittävästi rannekkeen käyttöön oton jälkeen ja kolme neljäsosaa arvioi liikunnan lisäyksen johtuneen rannekkeesta kokonaan tai lähes kokonaan. Lisäksi heistä noin kaksikolmasosalla terveys on parantunut ja jopa selvästi yli puolet uskoo terveyden parantuneen rannekkeen myötä kokonaan tai lähes kokonaan. Näissä kaikkein pienimmissä tuloluokissa asuville ranneke on siis ollut erittäin merkittävä keino vaikuttaa terveyteen.

Tämän tutkimuksen tulokset siis osoittavat, että Kimmoke-rannekkeella tuettu liikunta- ja kulttuuripalveluihin osallistuminen toimii erinomaisesti hyvinvoinnin edistäjänä käyttäjien omiin kokemuksiin perustuen Turussa. Yhteiskunnan kannalta ranneke on siten erinomainen kohdennettu keino terveyserojen kaventamiseksi.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Määrällisen tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan arvioida arvioimalla sekä pätevyyttä että luotettavuutta. Tutkimuksen pätevyys eli validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiteetilla voidaan arvioida, miten hyvin tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuus on onnistuttu siirtämään kyselylomakkeeseen. Pätevässä tutkimuksessa ei saisi olla systemaattista virhettä, missä tutkittavat ovat ymmärtäneet esimerkiksi kysymykset tai mittarin eri tavoin, kuin tutkija on olettanut. Tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettia voidaan arvioida arvioimalla tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. Tulosten pysyvyys mittauksesta toiseen riippumatta tutkijasta kertoo tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, jos otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilkka 2007, 149–152, Vilkka 2015, 193–194.)

Tämän tutkimuksen kokonaisluotettavuuden varmistamiseksi perusjoukoksi otettiin ne kaikki, jotka olivat antaneet tutkimusluvan sekä myös sähköpostiosoitteensa eli ei tehty mitään otantaa ko. joukosta. Otos ei kuitenkaan täysin edusta koko perusjoukkoa, kuten tutkimusmenetelmäosiossa kuvattiin, koska maahanmuuttajataustaisia ei vastannut lomakkeeseen kovin paljon enempää kuin heitä on väestössä. Tämä heikentääkin tutkimuksen luotettavuutta ja voikin olettaa, että jos lomake kaikkiaan olisi ollut lyhyempi tai olisi ollut tarjolla joitain kieliversioita, siihen ehkä olisi joku maahanmuuttajataustainenkin voinut vastata enemmän. Vastauksia saatiin kaikkiaan kuitenkin yli kaksisataa, joten otoskotoa voidaan pitää riittävän suurena ja luotettavuuden kannalta otosaineisto myös edustaa tasapainoisesti eri ikäluokkia, sukupuolia ja eri puolella Turkua asuvien perusjoukkoa. Tulosten voidaan näin olettaa olevan yleistettävissä koko perusjoukkoon. Ennen tutkimusta lomaketta testattiin ja sitä hieman vielä muokattiin. Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin apuna aiempia kansallisten tutkimusten kysymysmuotoiluja, jotta mitattavat asiat olisivat määritelty yleisesti käytössä olevilla tavoilla. Tutkimuksen luotettavuuden kasvattamiseksi kyselylomakkeeseen laitettiin muun muassa joitain samankaltaisia kysymyksiä, esimerkiksi rannekkeen vaikutuksista liikuntaharrastamiseen. Tulosten mukaan kysymykset korreloivat toisiinsa. Lomakkeen kysymykset olivat kaikkiaan toimivia ja voidaan arvioida, että saadut tulokset ovat tarkkoja eli eivät ole antaneet sattumanvaraisia tuloksia ja mittaaminen olisi toistettavissa. Tutkimuksen pätevyyttä arvioidessa tutkimustuloksista voidaan myös todeta, että mitään systemaattisia virheitä ei ole havaittu, eikä myöskään epäasiallisia vastauksia

ollut lainkaan. Pitkän kyselylomakkeen taustietoja sijoiteltiin sekä alkuun että varsinaisten Kimmoke-kysymysten perään, jotta tärkeimmästä eli itse Kimmoke-rannekkeesta saataisiin vastauksia mahdollisimman hyvin. Myös monet kysymykset itse rannekkeesta laitettiin pakollisiksi kysymyksiksi, jotta vastauksia niihin saadaan. Lisäksi tutkimus tehtiin sähköisesti, jotta siihen olisi mahdollisimman helppo vastata. Tutkimusajankohdaksi valittiin loppusyksy, jolloin rannekkeen käyttäjät ovat alkusyksystä lähtien voineet käyttää tehokkaasti palveluja, mutta olisivat tavoitettavissa vielä ennen joulunaikaa.

8.2 Tulosten pohdinta ja toimenpidesuositukset

Rannekkeella on aikaansaatu tulosten mukaan erittäin suuria vaikutuksia käyttäjien kokemaan hyvinvointiin. Ranneke on esitettyjen tuotosten, tulosten ja vaikutusten pohjalta arvioituna ollut erittäin tehokas tuki aktivoitumiselle erityisesti liikunta-, mutta myös kulttuuripalvelujen pariin. Tulokset osoittavat myös, että kun Turun kaupunkitasolla tehdään strategisesti yhteisiä hyvinvointipolitiikan linjauksia, joihin kaikki tahot yhteisesti sitoutuvat, saadaan myös vaikuttavia tuloksia aikaan. Vaikuttavien tulosten vuoksi voidaan todeta, että kysymyksessä on valtakunnallisestikin hyödynnettävissä oleva toimintamalli. Tutkimustuloksissa terveys näytti olevan johdonmukaisesti tekijä, minkä mukaan vastaukset vaihtuivat. Työ- ja toimintakyky paranee, ja jopa yksinäisyys vähenee, kun terveys on parantunut rannekkeen käytön myötä. Rannekkeen voidaankin todeta olevan oikeansuuntainen kohdennettu palvelu terveyserojen kaventamisessa. Ranneke on erityisesti toimialojen välisessä yhteistyössä kehitetty ja sen käyttöönottoon ja kehittämiseen voidaan vaikuttaa siten myös yhteistyössä. Tässä pohdinnassa esitetäänkin joitakin toimenpidesuosituksia, miten rannekkeen käyttöönottoa voidaan edistää.

Terveyspalvelujen epätasa-arvoisesta käytöstä on paljon erilaista tutkimusnäyttöä. Esimerkiksi terveyspalvelujen saatavuudessa on huomattavia väestöryhmittäisiä eroja. Kaikki, niin vastaanottokäyntien tarpeet, toteutuneet käynnit, kuin tyydyttämätön tarve on todettu olevan yleisempää matalan koulutuksen omaavilla ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. (Nguyen & Seppälä 2014, 204, Shemeikka & Rinne & Manderbacka & Murto & Kaikkonen 2014, 29). Myös tämän tutkimuksen vastaajista noin kolmannes kertoi joutuneensa tinkimään myös terveydenhoidosta usein tai jatkuvasti. Terveyserojen taustalla olevaan terveyspalvelujen epätasa-arvoisen käyttöön pitäisikin pystyä löytämään ratkaisuja entistä tehokkaammin. Toisaalta, jos ennaltaehkäisyssä onnistutaan, kuten tämäkin tutkimus antaa viitteitä, voidaan myös terveyspalvelujen käytön tarpeeseen vaikuttaa jo aiemmin, kuin varsinainen palvelutarve syntyy.

Myös huonon terveyden ja tulojen liittymisestä toisiinsa on kansallisista tutkimuksista paljon näyttöä (esim. Martelin ym. 2014, 62). Myös turkulaisista aiemmin tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet terveyden ja toimeentulo-ongelmien liittyvän toisiinsa (esim. Inkeroinen ym. 2008, 34). Lisäksi esimerkiksi liikunnan edistämisen näkökulmasta on todettu, että erityisesti kustannustekijät liikuntaa estävinä tekijöinä tulisi ottaa vakavasti huomioon aktivointitoimenpiteitä suunniteltaessa, koska kustannukset ovat matalimman tuloluokan edustajilla, erityisesti työttömillä yleinen syy liikunnan harrastamattomuuteen (Borodulin ym. 2015, 7). Myös turkulaisten hyvinvointitutkimuksissa suurempituloisilla on todettu selkeästi parempi mahdollisuus itsensä toteuttamiseen (Rasinkangas 2004, 80). Suosituksena voidaankin esittää, että yksinkertaisimmillaan, kun eri vastaanottopaikoissa tavataan vähemmän koulutettuja, pienituloisia, usein enemmän sairastavia, voitaisiin yhdellä kysymyksellä kysyä, millaiseksi ihminen kokee terveytensä, ja sen pohjalta tarjota aktivoivaa ranneketta omien elintapojen kohentamiseksi. Näin voitaisiin pyrkiä saamaan terveysongelmien yleisyys koko väestössä lähenemään korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden tasoa (Martelin ym. 2014, 71). Tutkijoiden keskuudessa vallitsee myös laaja yhteisymmärrys, että vaikuttaminen suoraan elintapoihin sekä sosiaalipoliittiset keinot eriarvoisuuden vähentämiseksi nähdään keinona tähän (esim. Vaarama ym. 2010a, 12). Tärkeää siten olisikin tukea mm. täydentävänä toimeentulotukena rannekkeen saamista tai sen edelleen lataamisen jatkamista, koska tulotasolla on vaikutusta myös pitkäaikaissairastavuuteen (esim. Klavus 2010, 41).

Jos kaikkien sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien liikuntakäyttäytymiseen voitaisiin vaikuttaa mm. mahdollistamalla liikkumista myös maksullisissa paikoissa, on esitetty, että liikunnassakin ilmeneviä sosioekonomisten ryhmien eroja voitaisiin tasoittaa (esim. Borodulin ym. 2010, 5–6). Siten voitaisiin myös parantaa väestön terveyttä, hyvinvointia, elämänlaatua ja erityisesti kaventaa terveyseroja. Kunnissa tulisikin vakavasti pohtia niukkenevista resursseista huolimatta erilaisia keinoja, miten usein jo ylisukupolvista vähävaraisten perheiden harrastamista voitaisiin entistä paremmin tukea. Tätä Opetus- ja kulttuuriministeriö (2016) myös uudessa raportissaan peräänkuuluttaa korostamalla liikuntalain periaatteena kaikkien väestöryhmien yhdenvertaisia ja tasa-arvoisia mahdollisuuksia liikkua ja harrastaa liikuntaa. Jos liikunta jätetään harrastamatta taloudellisista syistä, on se erityisesti inhimillinen tekijä, mutta sen todetaan myös vauhdittavan osaltaan terveys- ja hyvinvointierojen kasvua. (Emt., 2016, 16.) Täydentävän toimeentulotuen jäätyä toimeentulotukiuudistuksen myötä kuntiin vuoden 2017 alussa, avautuu vähävaraisten harrastamisen tukemiseen myös erittäin hyvä mahdollisuus. Myös uudistunut sosiaalihuoltolaki antaa tähän erittäin hyvät mahdollisuudet, mutta myös perusteet. Kunnallisten viranomaisten on laaja-alaisen yhteistyön avulla edistettävä hyvinvointia (Sosiaalihuoltolaki 2014.). Myös nykyisessä niin työttömien aktivointipolitiikassa kuin kuntoutuspolitiikassa vallalla olevan aktiivisen osallistumisen tukemisella (Saikku ym. 2014, 121;

Järvikoski & Härkäpää 2011, 147) tulisi tähdätä tähän, koska esimerkiksi työttömyyden tiedetään olevan yhteydessä moniin vajeisiin yksilön hyvinvoinnissa (Vaarama ym.2014b, 28–30). Niin sanotun toimintavalmiuksien viitekehyksen näkökulmasta tulisi tukea sellaista toimintaa, jolla voidaan edistää ihmisen mahdollisuuksia tai toimintavalmiuksia toteuttaa itselle arvokkaaksi koettuja tekoja ja toimintoja ja tavoitella hyvää terveyttä. Myös tulevan uuden sote-uudistuksen jälkeen kuntiin on jäämässä laaja-alainen eri sektorien välinen yhteistyö, jolla on edistettävä ja seurattava kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia (Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö 2017, 11). Kimmoke-rannekkeen voidaankin todeta tulosten valossa olevan yksi tällainen yhteistyöhön erinomaisesti sopiva konkreettinen väline, jolla vähävaraisimpien terveyttä ja hyvinvointia voidaan parantaa ja siten kaventaa terveyseroja. Tulosten valossa ranneke tulisikin vielä nykyistä laajemmin saada oikealle kohderyhmälle tutuksi sekä siten saada kaikki rannekkeeseen oikeutetut hankkimaan se.

Vastaajat olivat saaneet tietoa Kimmoke-rannekkeesta eniten Turku liikkeelle–lehdestä, mikä lopetettiin vuoden 2015 alun jälkeen 20 vuoden ilmestymisen (3x/v) jälkeen kaupungin yhtenäistettyä viestintäänsä siten, että ilmestyy vain yksi yhteinen tiedotuslehti. Haasteena onkin jatkossa kehittää uusia viestinnän keinoja mm. sellaisiin paikkoihin, joissa rannekkeeseen oikeutettuja liikkuu. Vapaa-aikatoimialan kulttuuri- ja liikuntapalveluiden edustajista koottu työikäisten aktivointia kehittävä työryhmä onkin ottanut Kimmoke-rannekkeen kehittämisen ja koordinoinnin itselle vuoden 2016 alusta. Työryhmä on tehnyt muun muassa työttömien hankkeiden kanssa yhteistyötä siten, että tietyille kohderyhmille on järjestetty esimerkiksi opastettuja tutustumistilaisuuksia rannekkeen palvelupaikoissa. Myös paikallisiin ilmaisjakelulehtiin on ostettu mainontaa ja nettitiedotusta on lisätty. Lisäksi on viestitetty, että kun internetiä ei kaikilla kohderyhmän asiakkaille ole käytössä, voi kirjastoissa ilmaiseksi käyttää tietokonetta ja internetiä ajantasaisen palvelutarjonnan selvittämiseksi. Huomioitavaa on, että tutkimustulosten mukaan myös ns. ”puskaradio” kaverien ja perheenjäsenien kautta näytti olevan erittäin tärkeä tietolähde. Sen tietoiseen hyödyntämiseen voisikin kehittää jotain uusia keinoja. Esimerkiksi joidenkin haastekilpailujen kautta voisi palkita sellaisia henkilöitä, joista tulisi eniten ilmoituksia, että ovat markkinoineet ranneketta uusille jäsenille. Myös erityisille työttömyysalueille kannattaisi pohtia jotain uudenlaisia markkinointitoimenpiteitä, koska vastaajat eivät erityisesti olleet niiltä alueilta.

Tutkimustulosten mukaan vastaajista kaksi kolmasosaa oli käynyt terveyskeskuksessa lääkärin vastaanotoilla vähintään kerran viimeisen vuoden aikana. Kuitenkin tähän tutkimukseen vastanneista vain noin kolme prosenttia oli saanut rannekkeesta tietoa lääkäriltä tai hoitajalta. Ammattiryhmistä eniten oli tietoa saatu sosiaalityöntekijöiltä (16 %). Toisaalta sekin määrä on niin pieni, että niin so-

siaalitoimen kuin myös terveydenhuollon puolella toimivat pitäisi jatkossa saada paremmin markkinoimaan ranneketta, sillä potentiaalisia asiakkaita kuitenkin erilaisilla vastaanotoilla käy runsaasti. Tulosten perusteella voidaankin sanoa, että koska rannekkeen käyttö on vaikuttanut ihmisten kokemaan terveyteen ja terveyspalvelutarpeeseen, sosiaalitoimen ja terveydenhuollon henkilökunnan tulisi ymmärtää rannekkeen laaja-alainen vaikuttavuus huomattavasti nykyistä paremmin pienituloisimpien, ja usein osallistumismahdollisuuksien puutteen vuoksi yksinäisten, terveyserojen kaventamiskeinona. Heidän pitäisi siksi ottaa asia puheeksi kohderyhmällä ennaltaehkäisevä keinona sekä terveysongelmien vähentämiseksi että terveyspalvelutarpeen vähentämiseksi. Tutkimustulosten hyödyntämiseksi voisikin tehdä jonkin ”markkinointikierroksen” niin terveys- kuin sosiaalitoimen työntekijöille. Myös Kelan työntekijöille olisi tarpeellista viestiä tästä mahdollisuudesta, jolla on saatu vaikutettua hyvinvointiin, sillä noin neljä viidesosaa tuli erilaisilla Kelan todistuksilla ranneketta ostamaan, mutta kukaan ei ollut saanut infoa Kelasta.

Tärkeä rannekkeen jatkokehityshaaste voisi olla perustoimeentulotuen siirryttyä Kelaan saada Kelan kanssa kehitettyä myös jokin erillinen ”yleistodistus/kortti, jopa digitaalinen tiedonsiirto”, jonka Kela myöntäisi ja jolla hakija voisi tulla rannekkeen myyntipisteistä ostamaan sen ilman erilaisten todistusten näyttöä. Tällöin myös arvio vähävaraisen oikeudesta saada tämä erinomainen tuettu oikeus käyttöön, voisi tapahtua Kelassa ja perustua jossain määrin myös subjektiiviseen arvioon ja myös harkintaan objektiivisten tulotietojen lisäksi. Tämä olisi asiakkaan kannalta hyvin paljon inhimillisempää, kuin nykytila, jossa ns. ”köyhyystodistuksiksi” luokitelluilla päätöksillä pitää tulla julkisiin kassamyyntipisteisiin ostamaan ranneketta. Se myös helpottaisi kassahenkilökunnan toimintaa, kun ei tarvitsisi olla se henkilö, joka myyntipisteissä arvioi, onko asiakas tullut varmasti oikealla todistuksella ostotilanteeseen. Valtakunnallisena ratkaisuna tällainen Kelan ”todistus” voisi olla monien kaupunkien liikunta- ja kulttuuripalveluihin oikeuttava ja eri-ikäisille soveltuva alennusperuste sen sijaan, että esimerkiksi tällä hetkellä alennuksen saa tyypillisesti esimerkiksi eläkeläiset ilman minkäänlaista tuloihin perustuvaa tarveharkintaa.

Tuloksissa oli huolestuttavaa se, että niistä, jotka ilmoittivat rahan puutteen vuoksi olevansa ilman ranneketta, 27 prosenttia oli ollut oikeutettu siihen aiemmin toimeentulotukipäätöksellä. Huolimatta siitä, että rannekkeen käytön vuosihinta asetettiin Turussa vuosittaisen harkinnanvaraisen toimeentulotuen tasolle, osa entisistä käyttäjistä näyttäisi siis jääneen ilman ranneketta. Mistä tämä tutkimustulos kertoo? Sosiaalityön puitteissa ranneke olisi voitu myöntää ainakin harkinnanvaraisesti sitä haluaville, mutta näin ei siis ole tapahtunut näissä tapauksissa. Pohdinnanarvoista olisikin miettiä, pitäisikö ranneke kaikkiaan maksaa vaikuttavien tulosten valossa harkinnanvaraisena täydentävänä toi-

meentulotukena, eikä olettaa asiakkaan ostavan sitä osana perustoimeentulotukeaan, jolloin pitää valita, mihin rahansa laittaa. Tällöin, kun oletettavasti ruoan osto menee rannekkeen oston edelle, kun tilanne on sellainen, kuin tässäkin tutkimuksessa vastaajat ilmoittivat eli jopa 14 prosenttia ilmoitti olleensa nälän puutteessa usein tai jatkuvasti. Toisaalta kunnan kokonaistaloudellisen ajattelun perusteella toimialat voisivat tehdä yhteistyötä siten, että toimialojen välillä ei kulkisi laskutusta näistä harkinnanvaraisena myönnetyistä rannekkeista, vaan harrastamiseensa tukea tarvitsevat saisivat oikeuden käydä osallistumassa ja tämä huomioitaisiin vuosittain budjetin tulotavoitteissa.

Kuten todettua, Kimmoke-rannekkeen laaja-alaiset vaikutukset terveyteen, työ- ja toimintakykyyn, terveyspalvelujen käyttöön sekä yksinäisyyden vähentymiseen puoltavat sen paljon nykyistä laaja-alaisempaa käyttöä sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien keskuudessa. Ranneke on juuri oikea keino vähentää yksinäisyyttä sekä vahvistaa toimintaedellytyksiä ja osallisuutta, ja siten edistää erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia. Juho Saaren (2016b) Yksinäisten Suomi-kirjan esittelytekstissä kuvataan osuvasti juuri tuota valtavaa merkitystä, jota rannekkeella tulosten perusteella on harrastuksiin ja palveluihin osallistumisen mahdollistamisen kautta sen käyttäjille aikaansaatu:

”Suomalaiset ovat onnellista kansaa. Tärkein perusturvamme on toiset ihmiset, jotka kannattelevat kolhuissa ja joiden kanssa jaetaan onnen hetket. Ystävyyssuhteet ovat yhteiskuntaa koossa pitävää sosiaalista sementtiä. Tarve kuulua johonkin on osa ihmisyyttä, ja siksi yksin jääminen vie elämältä perustan. Se lannistaa, sairastuttaa, eristää ja lisää itsetuhoisuutta.

Yksinäisyys vaikuttaa pysyvästi hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaalisten kontaktien puute kerää ympärilleen muita ongelmia: muutenkin huono-osaiset ovat usein myös yksinäisiä, ja toisaalta yksinäisyys lisää huono-osaisuutta. Siksi se on inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös merkittävä yhteiskunnallinen kysymys”

Vastaavalla tavalla rannekkeen käyttäjät ovat seuraavilla avoimista kysymyksistä poimituilla esimerkeillä kuvanneet kokemaansa liikunnan ja kulttuurin harrastamisen sekä osallistumisen ja mielen virkistyksen merkityksiä sekä myös rannekkeen yhteiskunnallista merkitystä:

Liikunnan ja kulttuurin harrastamisen merkitys:
”Kimmokkeella on todella perustavanlaatuinen asema elämässäni. Voin hoitaa itseäni liikunnalla tehokkaasti ja ihmisten ilmoilla, ja teenkin sitä lähes päivittäin. Sikäli sosiaalinen elämänikin on parantunut. Kimmoke saa minut myös kulttuurin pariin, kun aiemmin pääsymaksut olivat este. Tulot kun eivät vieläkään riitä kaikkeen tarvittavaan terveydenhoitoon. Perussairauksien takia lienen suurelta osin työkyvytön loppuelämäni. Kuitenkin nykyään arkeni ja näkymäni ovat kohentuneet ja valoisammat kuin koskaan, johon kimmokkeen mahdollisuudet ovat tärkein syy. Myös monille muille näyttää elämä parantuneen. Toivon, ettei Kimmoketta koskaan lopeteta! Pelkään suorastaan tulevaisuuttani, jos Kimmoke lopetettaisi. Sydämestäni kiitän!

Liikuntamahdollisuudet parantavat elämänlaatua ja terveyttä valtavasti. Tämä on parasta ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa mitä voi kuvitella!

Kimmoke-ranneke on parantanut mahdollisuuksiani lisätä fyysistä kuntouttamistani, joka on omalta osaltaan vaikuttanut erittäin positiivisesti henkiseen hyvinvointiini. Ilman Kimmoke-ranneketta minulla ei olisi varaa säännöllisiin uimahalli käynteihin.

Kimmoke on aivan huippujuttu. Tunnen muutamia esmes. ennen runsaasti alkoholia käyttäneitä ihmisiä, jotka ovat aivan selkeästi vähentäneet juomista ja sen sijaan lisänneet liikuntaa, kun hankkivat rannekkeen. Omalla kohdallani olen saanut sairastamaani pahaan nivelrikkoon ensiarvoisen tärkeätä apua, kun voin käydä edullisesti hoidattamassa itseäni kuntosalilla ja uimahallissa vesiliikunnan parissa. Väitän, että kaupunki säästää kimmokerannekkeen avulla vähävaraisten sairastumiskuluissa!

On tosi hienoa, että kulttuurikin on huomioitu. Oma sairaus pahenee välillä niin, että kuntoilemaan ei voi lähteä. Olen silloin nauttinut ilmaisista museokäynneistä ja saanut niistä hyvää mieltä ja vaihtelua arkeeni. Kiitos!"

Osallistumisen ja mielen virkistyksen merkitys:
"Onhan Kimmoke-ranneke ollut itselläni hengen pelastava asia. Pääsin sängynpohjalta työttömäksi joutumisen jälkeen vain Kimmokkeen ansiosta kun kynnys liikkumiseen on laskettu näin matalalle. Olen liikkunut aina aktiivisesti mutta köyhyys pakotti luopumaan lajeista. Monta vaikeaa hetkeä on ylitetty mahdollisuudella lähteä uimaan tai salille. Kimmokkeella pääsee ainakin liikkumaan, mikä on tosi arvokasta. Henkiset voimavarat on selvästi kasvaneet liikkumisen jälkeen.

Ranneke on erittäin hyvä juttu ns. pienellä liekillä eläville / työttömille että peruskunto ja TYÖ kunto mahdollisia työtarjouksia otettaessa olisi valttia! ranneketta pitäisi mainostaa enemmän! tällainen mahdollisuus mielestäni nostaa ihmiset sohvilta liikkeelle parempaan kuntoon niin fyysisesti kuin henkisesti !

Antaa mahdollisuuden olla samanarvoinen kuin muut.

Mielenterveyteni on parantunut huomattavasti Kimmoke-rannekkeen ansiosta, koska yksinäisyyden tunteeni väheni huomattavasti, muutuin sosiaalisemmaksi ja itsevarmemmaksi. Kiitos siitä :)

Loistava, just loistava. rakastuin siihen rannekkeen heti, kun voi käydä impivaarassa, ja käynnin jälkeen tunnet itsea loistavasti.

Erittäin hyödyllinen palvelu, jonka merkitys kuntataloudellisesti on varmasti plussan puolella. Se aika ja mielihyvä minkä saa liikuntasuorituksen jälkeen ja sen aikana, voitaisiin kuluttaa huomattavasti huonomminkin. Liikunnalla pääsee irti ikävistä arjen rutiineista ja ajatuksista. Se eräänlaista mielen hoitoa. Samalla olen huomannut että kun yleiskuntoni on parantunut, niin sairastelut ovat vähentyneet huomattavasti. Samalla myös elämänlaatu ja jaksaminen."

Yhteiskunnallinen merkitys:
"Turunkin kannalta viisain ja kustannustehokkain ennaltaehkäisevä terveydenhoidon tapa!

Olen tosi kiitollinen Kimmoke-idean keksijälle ja Turun Kaupungille, että tämmöinen hengenpelastusranneke on yleensä olemassa. Toivottavasti tämä mahdollisuus on jatkossakin mahdollinen.

Olen todella tyytyväinen, että Turku on kerrankin ajanhermolla ja luonut näin hienon mahdollisuuden.

Tätä kannattaa jatkaa edelleenkin. Kaikki toimet jotka saavat ihmiset liikkumaan enemmän säästävät sekä kunnilta että kansalaisilta selvää rahaa ja lisäävät hyvinvointia. Liikuntapalveluista säästäminen ei ole koskaan loppupeleissä kannattavaa. Juuri liikunta ja kulttuuripalvelut ovat sellaisia joista ihmiset huonon taloudellisen tilan sattuessa säästävät ensimmäiseksi pakon edessä.

Kiitos yhteiskunnallemme, veronmaksajille, viisaille päättäjille, tämän kyselyn tekijöille. Jokainen joka apua saa, osaa sitä myös antaa...”

8.3 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksen pohjalta syntyi joitain ajatuksia jatkotutkimusaiheiksi. Mielenkiintoista olisi selvittää esimerkiksi terveystaloustieteellisestä näkökulmasta niitä vaikutuksia, mitä rannekkeella on aikaansaatu käyttäjien hyvinvointiin. Mikä on taloudellinen merkitys, kun terveyspalvelujen käyttöä on pystytty vähentämään? Mitkä ovat taloudelliset vaikutukset esimerkiksi työttömänä olevien rannekkeen käyttäjien tai ei käyttäjien välillä? Voisiko talousluvuilla osoittaa, että jos ranneke kustannettaisiin automaattisesti kaikille pitkäaikaistyöttömille ennaltaehkäisevänä toimintatapana, tuottaisiko se kaupungille rahat hyötynä takaisin? Miten merkittävä yksinäisyyden väheneminen muuttaa terveyspalvelujen tarvetta pitkällä aikavälillä, olisi myös mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Myös laadullista pohdintaa ja tutkimusta voisi tehdä avoimista vastauksista, koska aineiston kuvailevaa analyysiä ei tehty tässä yhteydessä aikarajoituksen vuoksi. Myös tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun laadullisesta aineistoista olisi voinut saada lisää materiaalia. Nyt aineistoa voidaan käyttää ainakin toiminnan kehittämiseen. Olisi myös mielenkiintoista tutkia ja seurata, että jos ranneketta käyttänyt pääsee töihin, jatkuuko innostunut liikunta- ja kulttuuripalveluiden käyttö työkyvyn ja terveyden säilymiseksi. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, että kokeillaanko rannekkeella tarjottuja kaikkia palveluja tasaisesti vai onko liikuntaharrastaminen edelleen ylivoimaisesti suosituin palvelu. Tulosanalyysiä voisi myös syventää mm. työmarkkinatilanteen mukaan. Eroavatko työttömät tai työkyvyttömyyseläkkeellä tuloksissa vielä jotenkin erityisesti? Entä yksinasuvat, näkyisikö tuloksissa eroja heidän suhteen?

LÄHTEET

Ahonen, Antero & Hiilamo, Heikki & Mikkola, Hennamari (2012) Kannattaisiko työttömien työterveyshuolto? Teoksessa Hennamari Mikkola & Jenni Blomgren & Heikki Hiilamo (toim.) Kansallista vai paikallista. Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 138–150.

Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.

Borodulin, Katja & Mäkinen, Tomi & Prättälä, Ritva (2010) Vapaa-ajan liikuntaan ennustavat yli-oppilaslakki, valkokaulus ja paksu lompakko. Liikunta ja Tiede 47 (4), 5–10.

Borodulin, Katja & Sipilä, Noora & Rahkonen, Ossi & Leino-Arjas, Päivi & Kestilä, Laura & Jousilahti, Pekka & Prättälä, Ritva (2015) Socio-demographic and behavioral variation in barriers to leisure-time physical activity. Helsinki: The National Institute for Health and Welfare, Scandinavian Journal of Public Health 43 (Published online before print September 21), 1–8. http://sjp.sagepub.com.helios.uta.fi/content/early/2015/09/15/1403494815604080.full.pdf+html. Viitattu 4.1.2016.

Doyal, Len & Cough, Ian (1991) A theory of human need. New York: Guilford Press.

Eva (2016) Evan arvo- ja asennetutkimus. Onnellinen Suomi. Eva arvio, numero 8, 26.7.2016. http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/07/EVA_Arvio_Onnellinen_Suomi_260716.pdf. Viitattu 29.1.2017.

Giddens, Anthony (2006) Debating the social model: Thoughts and suggestions, The Hampton Court Agenda: a Social Model for Europe. London: Policy Network, 95–152.

Gould, Raija & Koskinen, Seppo & Seitsamo, Jorma & Tuomi, Kaija & Polvinen, Anu & Sainio, Päivi (2006) Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 35–54.

Gould, Raija & Polvinen, Anu (2006) Työkyvyn vaihtelu iän ja sukupuolen mukaan. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 58–63.

Heikkilä, Tarja (2010) Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, Tarja (2014) Muuttujien väliset riippuvuudet – esimerkkejä. http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Riippuvuudet.pdf. Viitattu 22.11.2016.

Helldán, Anni & Helakorpi, Satu (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Husu, Pauliina & Paronen, Olavi & Suni, Jaana & Vasankari, Tommi (2011) Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Yhteenveto ja päätelmät. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 15. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Inkeroinen, Hanna & Rasinkangas, Jarkko & Kyheröinen, Hanna (2008) Miten hyvin Turku voi? – turkulaisten hyvinvoinnin muutossuuntia 1995–2008. Turun kaupungin sosiaalikeskuksen julkaisu nro 2A. Turku: Turun kaupungin sosiaalikeskus.

Ilmarinen, Juhani & Gould, Raija & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 17–34.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen Tommi & Koskenniemi, Timo & Ahonen Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2015) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/ath. Viitattu 1.1.2017.

Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka: osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2003) Moniuloitteisen köyhyyden trendit 1990-luvulla. Teoksessa Olli Kangas (toim.) Laman varjo ja nousun huuma. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 72. Helsinki: Kansaeläkelaitos, 49–91.

Karvonen, Sakari (2008) Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 96–115.

Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Sihto, Marita & Kangas, Ilkka & Menderbacka, Kristiina (2002) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 352–371.

Keskitalo, Tea & Mälkiä, Esko (2006) Ikääntyvän työntekijän fyysinen kuormittuminen, fyysinen suorituskyky sekä tuki- ja liikuntaelinoireet. Teoksessa Tiina Hautala & Suvi Nenonen & Ilona Tanskanen (toim.) Näkökulmia hyvinvointiin 5. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 46. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 58–77.

Kimmoke-ranneke (2017) Turun kaupunki. http://www.turku.fi/vapaa-aika/kimmoke-ranneke. Viitattu 5.1.2017.

Klavus, Jan (2010) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Gould, Raija (2006) Työkyky ja terveys. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 114–131.

Kuh Diana & Ben-Shlomo Yoav (2004) A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. New York: Oxford University Press Inc.

KvantiMOTV (2002) - Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Varianssianalyysi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/varianssi/anova.html. Viitattu 22.11.2016.

KvantiMOTV (2003) Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Hypoteesien testaus. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html. Viitattu 22.11.2016.

KvantiMOTV (2004) Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto Korrelaatio ja riippuvuusluvut. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/korrelaatio/korrelaatio.html. Viitattu 22.11.2016.

Lagerspetz Erik (2011) Hyvinvoinnin filosofia. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 79–105.

Lukiokoulutus (2015) Lukiokoulutuksen uudet opiskelijat, opiskelijat ja tutkinnon suorittaneet 2015. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/lop/2015/lop_2015_2016-06-09_tau_001_fi.html. Viitattu 16.10.2016.

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Gould, Raija (2006a) Työkyky koulutusryhmissä. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 71–74.

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Gould, Raija (2006b) Työkyvyn vaihtelu pääasiallisen toiminnan ja ammattiaseman mukaan. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 75–81.

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Sulander, Tommi & Helakorpi, Satu & Tuomi, Kaija & Koskinen, Seppo (2007) Toimintakyky. Teoksessa Hannele Palosuo & Seppo Koskinen & Eero Lahelma & Ritva Prättälä & Tuija Martelin & Aini Ostamo & Ilmo Keskimäki & Marita Sihto & Kirsi Talala & Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 104–121.

Martelin, Tuija & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Linnanmäki, Eila (2014) Terveys, terveyserot ja niiden kehitys. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 62–79.

Metsämuuronen, Jari (2009) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Oy.

Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (2008) Johdanto. Teoksessa Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 14–26.

Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Muuri, Anu & Vaarama, Marja & Kestilä Laura (2014) Johdanto. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–17.

Mäkinen, Tomi & Borodulin, Katja & Laatikainen, Tiina. & Fogelholm, Mikael & Prättälä, Ritva (2009) Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 19(2), 188–197.

Mäkinen, Tomi (2010) Trends and Explanations for Socioeconomic Differences in Physical Activity. Tutkimus 41. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, Hjelt- instituutti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mäkinen, Tomi (2011) Liikunnan sosioekonomisia eroja selittävät tekijät aikuisilla. Teoksessa Pauliina Husu & Olavi Paronen & Jaana Suni & Tommi Vasankari (toim.) Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 15. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, 54–59.

Mäkinen, Tomi & Sippola, Risto & Borodulin, Katja & Rahkonen, Ossi & Kunst A & Klumbiene J & Regidor E & Ekholm O & Mackenbach J & Prattalä, Ritva (2012) Explaining educational differences in leisure-time physical activity in Europe: the contribution of work-related factors. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 22 (3), 439–447. Doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01234.x.

Nummenmaa, Lauri (2009) Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Nguyen, Lien & Seppälä Timo T. (2014) Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 191–211.

Opetus- ja kulttuuriministeriö (2016) Yhdenvertaiset mahdollisuudet harrastaa – painopisteenä harrastamisen hinta. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 19. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Opetus- ja kulttuuriministeriö (2017) Osaaminen ja koulutus - kärkihanke 4 – toimenpiteet. http://minedu.fi/karkihanke4. Viitattu 22.4.2017.

Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Takala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007) Tiivistelmä. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 3–4.

Pienalueprofiili (2016) Työvoima Turun pienalueilla. Turun kaupunki 15.3.2016. http://dotku.adturku.fi/vuosijohtaminen/tietopankki/Ulkoiset%20toimintaympristn%20muutostekijt/Forms/AllItems.aspx. Viitattu 16.12.2016.

Pyykkönen, Teijo (2016) Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvotyö valtion liikuntapolitiikassa – taustaselvitys valtion liikuntaneuvostolle ja sen yhdenvertaisuus- ja tasa-arvojaostolle. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 1. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Rantanen, Jorma (2005) Työelämä. Teoksessa Arpo Aromaa & Jussi Huttunen & Seppo Koskinen & Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Stakes, Kansanterveyslaitos, 58–61.

Rasinkangas, Jarkko (2000) Lama ja hyvinvoinnin muutokset. Tutkimus turkulaisten hyvinvoinnin muutoksista 1995 ja 1999. Turun kaupungin sosiaalikeskuksen julkaisu nro 1A. Turku: Turun kaupungin sosiaalikeskus.

Rasinkangas, Jarkko (2004) Hyvinvointi Turussa. Turkulaisten hyvinvoinnin muutosten seurantaa vuosina 1995, 1999 ja 2003. Turun kaupungin sosiaalikeskuksen julkaisu nro 1A. Turku: Turun kaupungin sosiaalikeskus.

Reichert, Felipe F. & Barros, Aluisio J.D. & Domingues, Marlos R. & Hallal, Pedro C. (2007) The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. American Journal of Public Health 97(3), 515–519.

Rotko, Tuulia & Aho, Timo & Mustonen, Niina. & Linnanmäki, Eila (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Raportti 8. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2012) Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti. Raportti 41. Helsinki:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rotko, Tuulia & Hannikainen-Ingman. Katri & Murto, Jukka & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina (2014) Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 79 (1), 92–99.

Saari, Juho (2010) Hyvinvointivaltio 2010-luvulle. Teoksessa Juho Saari (toim.) Tulevaisuuden voittajat - Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5. Helsinki: Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta, 85–135.

Saari, Juho (2011) Johdanto. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 9–29.

Saari, Juho (2016a) Hyvinvointisosiologian professori, Itä-Suomen yliopisto. ”Onko lyhin tie aina paras”- Kuinka tukea ihmisten toimintakykyä. Luentolyhennelmä. Uusi kunta hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä-seminaari Kuopio 16.6.2016.

Saari, Juho (2016b) Yksinäisten Suomi. Helsinki: Gaudeamus. http://www.gaudeamus.fi/yksinaistensuomi. Viitattu 17.3.2017.

Saikku, Peppi & Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (2014) Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–143.

Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Gould, Raija (2006) Toimintakyky. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos, 135–149.

Salmon, Jo & Owen, Neville & Crawford, David & Bauman, Adrian & Sallis, James F. (2003) Physical activity and sedentary behaviour: A population based study of barriers, enjoyment, and preference. Health psychology, 22 (2), 187–188.

Sen, Amartya (1993) Capability and Well-being. Teoksessa Martha Nussbaum & Amartya Sen (toim.) The Quality of life. Oxford: Clarendon Press, 30–53.

Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014) Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa Janne Jalava & Katja Borodulin & Pauliina Husu & Janne Härkönen & Sakari Karvonen & Teemu Kaskela & Samuli Koiso-Kanttila & Tuomas Koskela & Seppo Koskinen & Kristiina Manderbacka & Jukka Murto & Tomi Mäki-Opas & Päivi Nurmi-Koikkalainen & Oona Pentala & Tuuli Pitkänen & Hanna Rinne & Aurora Saares & Riikka Shemeikka & Harri Sievänen & Jaana Suni & Jaana Suvisaari & Antti Teittinen & Sini Toikka & Kari Tokola & Jouni Tourunen & Kristian Wahlbeck & Jukka Valkonen & ErkkiVartiainen & Tommi Vasankari & Hannu Vesala & Risto Kaikkonen (toim.) ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpapereita 37. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 29–36.

Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Saares, Aurora (2015) Nuorten aikuisten sosiaaliset verkostot, yksinäisyys ja osallistuminen: sosiaalisen toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot ATH-aineiston perusteella. Teoksessa Jukka Murto & Oona Pentala & Satu Helakorpi & Risto Kaikkonen (toim.) Yksinäisyys ja osallistuminen, ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpapereita 25. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 41–49.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) Terveyserojen kaventaminen. http://stm.fi/terveyserot. Viitattu 22.4.2017.

Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö (2017) Tiivistelmä hallituksen esityksen keskeisistä asioista 2.3.2017. Helsinki: Valtiovarainministeriö ja Sosiaali- ja terveysministeriö. http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tiivistelma-sote-ja-maakuntauudistuksen-lainsaadannosta-2.3.2017.pdf/ea7f35db-c837-4baf-b267-363c0b17d1e2. Viitattu 31.1.2017.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely (2009). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.thl.fi/documents/10531/168099/HYPA_09_puhelinlomake.pdf. Viitattu 13.4.2015.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Thomas, Susie & Halbert, Julie & Mackintosh, Shylie & Quinn, Stephen & Crotty, Maria (2012) Sociodemographic factors associated with self-reported exercise and physical activity behaviors and attitudes of South Australians: results of a population-based survey. Journal of Aging and Health 24(2), 287–306.

Toikka, Sini & Vuorjoki, Oona & Koskela, Tuomas & Pentala, Oona (2015) Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa Jukka Murto & Oona Pentala & Satu Helakorpi & Risto Kaikkonen (toim.) Yksinäisyys ja osallistuminen, ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpapereita 25. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 9–14.

Toimeentulotuki (2015) Tilastoraportti 19/2016, 16.12.2016. Suomen virallinen tilasto, Toimeentulotuki. Helsinki:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Townsend, Peter & Davidson, Nick (1982) The Black Report. Teoksessa Douglas Black & Peter Townsend & Nick Davidson (toim.). Inequalities in health. London: Penguin Books.

Tulonjakotilasto (2015) Suomen virallinen tilasto. Tulonjakotilasto ISSN=1795–8121. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/tjt/. Viitattu 29.1.2017.

Turun kaupunginvaltuusto (2009) Kokouspöytäkirja 9.3.2009 § 78.

Turun kaupungin päätöspöytäkirja (2011) Keskushallinto, kaupungin johto. Palvelutointa johtava apulaiskaupunginjohtaja 22.9.2011 § 39.

Turun kaupungin tietopankki (2016) Ylemmän korkeakouluasteen tai tutkijakoulutusasteen suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneestä väestöstä. http://dotku.adturku.fi/vuosijohtaminen/tietopankki/Ulkoiset%20toimintaympristn%20muutostekijt/Forms/AllItems.aspx?InitialTabId=Ribbon%2EDocument&VisibilityContext=WSSTabPersistence. Viitattu 16.2.2016.

Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja (2016) Väestö iän ja kielen mukaan alueittain 31.12.2015.

Turun työikäisten hyvinvointiohjelma (2009) Turun kaupunginvaltuusto 28.9.2009 § 206.

Turun työikäisten hyvinvointityöryhmä (2011) Kokousmuistio 23.11.2011. Turun kaupunki.

Tykkyläinen, Saila (2016) Vaikutusten arviointi. Järjestöjen vaikuttavuusvalmentamo 29.–30.10.2016 luentoesitys. http://www.slideshare.net/sailatykkylainen/vaikutusten-arviointi-jrjestjen-vaikuttavuusvalmentamo. Viitattu 5.2.2017.

Työnvälitystilasto (2016) Työ- ja elinkeinoministeriö (http://findikaattori.fi/fi/37.). Viitattu 29.1.2017.

Työvoimatutkimus (2016) joulukuu. Tilastokeskus http://findikaattori.fi/fi/34. Viitattu 29.1.2017.

Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (2010a) Johdanto. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–18.

Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010b) Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.

Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (2014a) Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 322–328.

Vaarama, Marja & Mukkila, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri (2014b) Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 20–39.

Vilkka, Hanna (2015) Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, Hanna (2007) Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väestön koulutusrakenne (2016) 15 vuotta täyttänyt väestö koulutusasteen ja ikäryhmän mukaan 2015. Liitetaulukko 2. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/vkour/2015/vkour_2015_2016-11-03_tau_002_fi.html. Viitattu 1.1.2017.

WHO (2009) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. Viitattu 6.2.2017.

Withall, Janet & Jago, Russell & Fox, Kenneth R. (2011) Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. BMC Public Health (11), 507.

LIITTEET

Liite 1. Ohjeistus myyntipisteisiin

TURKU

KIMMOKE-RANNEKE
OHJEISTUS MYYNTIPISTEISIIN (Päivitetty 21.12.2016)

www.turku.fi/kimmoke

Kimmoke	Kimmoke-ranneke tarjoaa tiettyjä tukia saaville mahdollisuuden harrastaa liikuntaa ja kulttuuria edullisesti. Kimmokkeella voi harrastaa liikuntaa Turun kaupungin uimahalleissa ja kuntosaleilla. Arkisin sisään pääsee klo 15.30 asti ja viikonloppuisin normaalien aukioloaikojen mukaan. Lisäksi kimmokelaiset voivat oppia kuntosaliharjoittelun perusteet ennen klo 15.30 alkavilla kuntosaliharjoittelun ABC-kursseilla, minkä lisäksi tarjotaan tiettyjä Hikisen tusinan ja Leidit liikkeellä toimintojen ryhmiä sekä suksi- ja luistinvuokraa Impivaaran suksivuokraamosta ja Kupittaan luistelumadolla talvisin. Tiettyinä ajankohtina rannekkeella pääsee sisään Wäinö Aaltosen museoon, Biologiseen museoon, Turun linnaan, Apteekkimuseoon sekä Luostarimäen käsityöläismuseoon. Lisäksi rannekkeella pääsee filharmonisen orkesterin kenraaliharjoituksiin, jonne voi ottaa myös avecin mukaan. Alle 29-vuotiaat kimmokelaiset voivat osallistua Vimman avoimiin taidepajoihin sekä Skeittihalli Cubeen 5 kertaa vuodessa. Kimmokelaisten perheille tarjotaan mm. tiettyjä Seikkailupuiston teatteriesityksiä. Lisäksi rannekkeen etuihin kuuluvat kertaluontoisia kausietuja kulttuuriin, kuten opastukset, tapahtumat, sekä tiettyihin jalkapallo- ja jääkiekkopeleihin, joista ilmoitetaan etukäteen tekstiviestillä. Lisätietoja rannekkeen tarjoamista eduista: www.turku.fi/kimmoke.
Hinta	39 € (+ 8 € rannekemaksu ensimmäisellä ostokerralla) Sosiaalityön maksusitoumuksella ranneke voidaan myydä myös 3 kk ajaksi (maksusitoumuksessa määritelty 3/6kk) 19,50 € (+ 8 € rannekemaksu ensimmäisellä ostokerralla).

Voimassaolo	6 kuukautta ostohetkestä lähtien Sosiaalityön maksusitoumuksella ranneke voidaan myydä myös 3 kk ajaksi (maksusitoumuksessa määritelty 3/6kk).
	Ostohetkellä täytetään ja allekirjoitetaan Kimmoke-lomake (liitteenä). Lisäksi täytetään pahvinen Kimmoke-kortti, jolla todistetaan Kimmoke-asiakkuus kulttuurikohteissa sekä niillä liikuntapaikoilla, joissa ei ole sähköistä sisäänkulkua. Kuvallinen henkilötodistus on ehdottomasti esitettävä.
Myöntäminen Rannekkeeseen oikeuttavat tuet	Kimmoke voidaan myöntää, kun asiakas esittää myyntipisteessä: 1. Myönteisen päätöksen tai enintään 1 kk vanhan maksuilmoituksen - Kelan työmarkkinatuesta,* - Kelan peruspäivärahasta,* - Kelan kuntoutustuesta (huom. EI kuntoutusrahapäätös!) - Työkyvyvyttömyyseläkkeestä (maksetaan 16–64-vuotiaille kansaneläkkeenä). HUOM. Pelkästään yksityisten vakuutusyhtiöiden ja työeläkelaitosten myöntämät päätökset eivät oikeuta rannekkeeseen). 2. Voimassa olevan myönteisen perustoimeentulotukipäätöksen** 3. Sosiaalityöntekijän kirjoittama maksusitoumus kimmokkeeseen.
Rannekkeeseen ei oikeutta	Todistukset, jotka eivät oikeuta Kimmokkeeseen: - Yksityisten vakuutusyhtiöiden ja/tai työeläkelaitosten työkyvyttömyys- tai osatyökyvyttömyyspäätökset - Ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha - Tapaturmaeläke - Kuntoutusrahapäätös - Ulkomailla tehdyt päätökset - Täydentävän toimeentulotuen päätös
Yleiset ohjeet päätösten lukuun	Tärkeää on katsoa päätöspäivämäärä, sillä postituspäivämäärä on usein eri. KELAn myöntämät myönteiset päätökset eivät saa olla yli 3kk vanhempia.
*Työttömyysturvapäätökset	

	Työttömyysturvapäätös (työmarkkinatuki ja peruspäiväraha) on aina osoitettu yhdelle henkilölle: asiakkaalle itselleen. Päätöksessä on myös mainittu alaikäiset lapset, mutta ei asiakkaan puolisoa tai avopuolisoa. Työttömyysturvapäätökset annetaan pääsääntöisesti **toistaiseksi**. Vain tietyissä tapauksissa etuus myönnetään määräajalle esim. työvoimakoulutuksen tai työharjoittelun ajalle. Kassahenkilöiden kannattaa pyytää asiakkaalta joko työttömyysturvapäätös (peruspäivärahapäätös tai työmarkkinatukipäätös) tai ns. etuuden maksuilmoitus. KELA:lta saa pyytäessään asiakaspalvelusta kopion työttömyysturvapäätöksestä ja/tai kopion viimeisestä maksuerästä (=maksuilmoituksesta). Kotiinkin maksuilmoitus tulee automaattisesti, mutta vain silloin, jos työttömyysturvan määrässä on muutos aiempaan määrään.
** Myöntäminen perustoimeentulotukipäätöksen perusteella	Toimeentulotukipäätös voidaan tehdä niin yksittäisille henkilöille, kuin koko perheelle. Tällöin päätöksessä on aina maininta, ketä päätös koskee. 1. Toimeentulotukeen oikeutettu päätös voi siis koskea yhtä aikaa puolisoita ja lapsia -> tällöin rannekkeen saavat molemmat henkilöt. 2. Toimeentulotukeen oikeutettu päätös voi koskea vain yhtä perheen jäsentä, mutta kotitalouden muut henkilöt on lueteltu -> tällöin rannekkeen saa vain ko. henkilö. Asiakas näyttää voimassa olevan perustoimeentulotukipäätöksen. Tällöin otsikko alkaa tekstillä: Myönnetään perustoimeentulotukea. Päätöksen voimassaolon voi tarkastaa otsikon ”Hakemus” alta tai vaihtoehtoisesti päätöksen lopusta otsikon ”Päätös ajalle” alta. Päätökset ovat pääsääntöisesti voimassa yhden kuukauden. Huom! ”Perustelut” -otsikon alla olevaa tekstiä ei ole tarpeen lukea alennusta myönnettäessä.
Sensitiivinen vastaanotto ja vaitiolovelvollisuus	Myyntipisteessä tulee muistaa ns. sensitiivinen vastaanotto, toisin sanoen myyntitilanne hoidetaan mahdollisimman hienovaraisesti. Kassahenkilöitä sitoo myös vaitiolovelvollisuus nähtyjen päätösten suhteen.
Epäselvyystilanteet	Jos myyntipisteessä tulee epäselvyyttä asiakkaan esittämän päätöksen suhteen, ota asiakkaan yhteystiedot ylös ja palaa asiaan selvitettyäsi tapauksen. Liikuntapalvelukeskuksella asiaa hoitaa

	Minna Lainio-Peltola, minna.lainio-peltola@turku.fi, p. 050 5546 254. Jos tulee valituksia siitä, kenelle etu on tarkoitettu (esimerkiksi itse ei täytä edun myöntämisperusteita), voi siinä tilanteessa vedota liikuntalautakunnan päätökseen (liitteenä). Kassoilla on myös palautelomakkeita täytettäväksi tällaisia tilanteita varten. Palautteet voi ohjata myös paikalla-palautepalveluun, www.turku.fi/paikalla. Asiakas voi laittaa palautetta/kyselyä myös osoitteeseen kimmoke.liikuntapalvelut@turku.fi. Jos asiakas on hävittänyt päätöksensä, voi häntä neuvoa hakemaan KELAsta uuden maksutta. Uuden päätöksen voi hakea KELAn toimistosta tai tulostaa internetistä KELAn sähköisen asioinnin kautta (sähköinen asiointi toimii verkkopankkitunnuksilla).
Väärinkäytökset	Jos rannekkeen käytössä ilmenee väärinkäytöstä, laitetaan ranneke sulkulistalle Liiterissä ja viedään Liitu-järjestelmään tieto, että ko. henkilö ei voi liikuntapalvelukeskuksen sarjatuotteita ostaa puoleen vuoteen. On myös huomioitava, että puolen vuoden jälkeen Liiteristä sulku ei lähde automaattisesti pois, vaan se tulee hoitaa erikseen.

Yhteyshenkilöt

Liitu ja Pusatec-järjestelmä	Susanna Hatanpää susanna.hatanpaa@turku.fi 0505546213
Epäselvyydet Kela-päätöksissä	Amanda Tammivirta amanda.tammivirta@turku.fi
Palautteet	kimmoke.liikuntapalvelut@turku.fi www.turku.fi/paikalla minna.lainio-peltola@turku.fi

Liite 2. Kimmokkeen rekisteriseloste

REKISTERISELOSTE,
Henkilötietolaki (523/1999) 10 §

Lue täyttöohjeet ennen rekisteriselosteen täyttämistä. Käytä tarvittaessa liitettä.

Laatimispäivä
092013

1a Rekisterin-pitäjä	Nimi **Turun kaupungin liikuntapalvelukeskus**
	Osoite **Blomberginaukio 4, 20720 TURKU**
	Muut yhteystiedot (esim. puhelin virka-aikana, sähköpostiosoite) **kimmoke.liikuntapalvelut@turku.fi**
2 Yhteys-henki-lö rekisteriä koskevissa asioissa	Nimi **Asiakaspalveluesimies Susanna Hatanpää**
	Osoite **Blomberginaukio 4, 20720 TURKU**
	Muut yhteystiedot (esim. puhelin virka-aikana, sähköpostiosoite) **0505546213**
3 Rekisterin nimi	**Aktivointiranneke**
4 Henkilötieto-jen käsitte-lyn tarkoitus	**Rekisteriin kerätään tuotteen Kimmoke-ranneke hankkineiden asiakkaiden henkilö- ja yhteystietoja** **a) toiminnan kehittämiseksi tilastollisia asiakasprofiileja (esim. ikä, asuinpaikka) seuraamalla ja hyödyntämällä sekä** **b) tiedottamismahdollisuuksien parantamiseksi**
5 Rekisterin tietosisältö	**- nimi** **- sosiaaliturvatunnus (ppkkvv-xxx)** **- katuosoite** **- postinumero** **- postitoimipaikka** **- puhelinnumero** **- sähköpostiosoite** **- lupa informaation jakamiseen** **- lupa yhteystietojen käyttämiseen tutkimustarkoituksessa**

6 Sään- nönmu- kaiset tieto- lähteet	**Tiedot kerätään henkilöiltä heidän hankkiessaan tuotteen Kimmoke-ranneke**
7 Tietojen sään- nönmukai- set luovutukset	**Tietoja ei luovuteta Turun kaupungin vapaa-aikatoimialan ulkopuolisille tahoille.**
8 Tietojen siirto EU:n tai ETA:n ulkopuolelle	**Tietoja ei siirretä Euroopan Unionin tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.**
9 Rekisterin suojauksen periaatteet	**A Manuaalinen aineisto** **Säilytetään lukitussa kaapissa Liikuntapalvelukeskuksen asiakaspalvelupisteessä (valvottu tai lukittu tila).** **B ATK:lla käsiteltävät tiedot** **Tallennettu Liitu-asiakasrekisteriin, jonka käyttö vaatii salasanan.**

Liite 3. Jäsenhakemuslomake

LIIKUNTA
PALVELUKESKUS
IDROTTSCENTRALEN

Kimmoke

SUKUNIMI _____

ETUNIMET _____

HENKILÖTUNNUS _____
(ppkkvv-xxx)

LÄHIOSOITE _____

POSTINUMERO ja –PAIKKA _____

PUHELINNUMERO _____

SÄHKÖPOSTI _____

Minulle saa lähettää tietoa Vapaa-aikatoimialan ja sen yhteistyökumppaneiden rannekkeeseen liittyvistä eduista.

☐ kyllä ☐ ei

Yhteystietojani saa käyttää Kimmokkeen hyvinvointivaikutuksia tutkivaan tutkimukseen

☐ kyllä ☐ ei

Yhteystiedot säilytetään henkilötietolain 523/1999 edellyttämällä tavalla eikä niitä luovuteta millekään muulle taholle.

Kimmokeranneke on henkilökohtainen eikä sitä saa luovuttaa muiden käyttöön. Väärinkäytöksistä ranneke laitetaan sulkulistalle kuudeksi (6) kuukaudeksi. Henkilöllisyys todistettava tarvittaessa.

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS

_____

KASSA TÄYTTÄÄ: RANNEKE/KORTTI NRO _____

VOIMASSA _____ ASTI MYYJÄ _____

Liite 4. Sähköinen kyselylomake

TUTKIMUS KIMMOKE-RANNEKKEESTA

Hyvä vastaanottaja,

saatte tämän kyselyn, koska teillä on tai on ollut Kimmoke-ranneke käytössänne. Kyselyllä selvitetään, miten Turun kaupungissa 1.9.2013 alkaen käytössä ollut Kimmoke-ranneke koetaan ja onko se muuttanut käyttäjien liikunnan ja kulttuurin harrastamista. Lisäksi selvitetään, onko hyvinvoinnissa tapahtunut muutoksia. Kyselyyn vastaamalla voitte vaikuttaa Kimmokkeeseen kuuluvien Turun kaupungin liikunta- ja kulttuuripalvelun jatkumiseen. Samalla annatte arvokasta tietoa kunnalliseen päätöksentekoon palvelujen kehittämiseksi. Vastaamisenne tähän kyselyyn onkin äärettömän tärkeää tulevaisuuden kannalta.

Kysely tehdään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteen maisteriopintojen pro gradu- tutkielmana. Kysely on lähetetty Kimmoke-rannekkeen oston yhteydessä tutkimusluvan antaneille nykyisille ja aiemmille käyttäjille. Kyselyn vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti niin, että yksittäisen vastaajan tietoja ei voi tunnistaa.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään maanantaina 16.11.2015. Kaikkien yhteystietonsa jättäneiden kesken arvotaan vapaalippuja liikunta- ja kulttuurilaitoksiin. Liput voi vaihtaa myös puolen vuoden jatkoaikalatauksiin Kimmoke-rannekkeeseen.

Vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta sähköisesti. Jos linkki ei avaudu, voitte kopioida sen leikepöydälle ja liittää internet-selaimen osoitekenttään.

Vastaaminen vie noin 15 minuuttia aikaa. Saamanne henkilökohtainen linkki on kertakäyttöinen, joten varatkaa vastaamiseen kerralla vaadittava aika.

Mikäli teillä on kysyttävää tai palautetta, voitte antaa sitä:

Minna Lainio-Peltola – ”Etukäteen jo vastauksistanne kiitollinen!”,

Tampereen Yliopisto, hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelman opiskelija,
Turun kaupungin liikuntapalvelupäällikkö

sähköposti: Lainio-Peltola.Minna.K@student.uta.fi

Linkki kyselyyn:

Kimmoke-rannekkeen vaikutukset

VASTAUSOHJEET:
Valitkaa yksi sopivin/parhaiten kuvaava vastaus annetuista, merkitkää numero sille varattuun tilaan tai kirjoittakaa annettuun tilaan vastauksenne. Joissakin kysymyksissä voi olla mahdollista valita monta vaihtoehtoa. Pyrkikää vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Jos ette osaa arvioida asiaa, valitkaa "en osaa sanoa"-vaihtoehto. * merkittyihin kysymyksiin on pakko vastata.

Kyselyn etenemisen näette sivun alalaidan palkista. Siirtyäksenne kyselyssä eteenpäin käyttäkää vain osoitettua ”seuraava -->” palkkia tai taaksepäin "<-- edellinen" palkkia, älkää käyttäkö internet-selaimen eteen/taakse-painiketta.

Kiitos antamastanne ajasta tärkeään asiaan!

Taustatietoja

1. Sukupuolenne? *
- Nainen
- Mies
- Muu

2. Minkä ikäinen olette? *
- Alle 20-vuotias
- 21–30-vuotias
- 31–40-vuotias
- 41–50-vuotias
- 51–60-vuotias
- Yli 60-vuotias

3. Asuinalueenne postinumero? *
Vaihtoehdot Turussa

4. Oletteko syntyperäinen suomalainen? *
- Kyllä
- Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen -> vastatkaa lisäkysymyksiin lomakkeen lopussa
- Ei -> vastatkaa lisäkysymyksiin lomakkeen lopussa

5. Siviilisäätynne? *
- Naimaton
- Avoliitossa
- Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- Asumuserossa tai eronnut
- Leski

6. Korkein peruskoulutuksenne? *
- Vähemmän kuin kansakoulu
- Kansakoulu tai kansalaiskoulu
- Peruskoulu tai keskikoulu
- Ylioppilas

7. Korkein ammatillinen koulutuksenne? *
- Ei ammatillista koulutusta
- Ammattikoulu tai ammattikurssi
- Opistotason koulutus
- Ammattikorkeakoulu tai -kanditutkinto
- Ylempi korkeakoulututkinto
- Akateeminen jatkotutkinto

Kimmokkeen käyttöönotto

8. Mistä saitte tietoa Kimmoke-rannekkeesta? *
Voitte valita useita vaihtoehtoja.
- Turku-liikkeelle lehdestä
- Jostain muusta lehdestä, mistä:
- Kimmoke-esitteestä
- Jostain muusta esitteestä, mistä:
- Radiosta
- Internetistä
- Kaverilta tai perheenjäseneltä
- Työ- ja elinkeinotoimistosta (TE-toimisto)
- Työelämäkuntoutuksesta
- Kelasta
- Sosiaalityöntekijältä
- Lääkäriltä

- Sairaanhoitajalta tai fysioterapeutilta
- Liikuntapalveluvastaavalta
- Kulttuuripalvelujen työntekijältä
- Muualta, mistä:

9. Millä päätöksellä todistitte oikeutenne Kimmoke-rannekkeen ostoon? *

- Toimeentulotukipäätös
- Kelan kotoutumistuki
- Kelan kuntoutustuki
- Kelan peruspäiväraha
- Kelan työmarkkinatuki
- Kelan työkyvyttömyyseläke
- En osaa sanoa

10. Kimmoke-ranneke otettiin käyttöön 1.9.2013. Kuinka kauan teillä on ollut/ oli Kimmoke-ranneke käytössänne? *

- Ollut käytössäni kuukausissa:
- Minulla ei tällä hetkellä ole ranneketta, mutta on ollut kuukausissa:

11. Jos teillä ei enää ole ranneketta käytössänne, mikä on syynä tähän? *

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

- Minulla on edelleen ranneke
- Olen saanut töitä, enkä ole enää oikeutettu saamaan ranneketta
- En saa enää ostoon oikeuttavaa todistusta
- En saa sitä enää osana toimeentulotukeani
- Ei ole ollut rahaa ostaa ranneketta
- En ole saanut aikaiseksi ostaa sitä
- En käyttänyt sitä edelliselläkään kerralla hankittuani sen
- Ei ole ollut hyötyä minulle, miksi:
- Muu syy, mikä:

Kimmokkeen palvelut

12. Kuinka usein keskimäärin olette käyttänyt (tai aiemmin käytitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvia palveluja? *

5 = Päivittäin tai lähes päivittäin (5-7x/vk), 4 = muutamia kertoja viikossa (2-4 x/vk), 3 = viikoittain (n.1 x/vk), 2 = pari kertaa kuukaudessa (n. 1-2 x/kk), 1 = harvemmin, 0 = en kertaakaan

	5	4	3	2	1	0
Kuntosalikäynnit						
Lainattavat liikuntavälineet						
Ohjatut liikuntaryhmät						
Uimahallikäynnit						
Koko perheen teatteriesitykset						
Konsertit						
Kädentaitopajat						
Museokäynnit						
Orkesterin kenraaliharjoitukset						
Tekstiviestikutsut kirjastoon						
Tekstiviestikutsut konsertteihin						
Tekstiviestikutsut museoon						
Tekstiviestikutsut teatteriin						
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin						

13. Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille? *

5 = erittäin tärkeä, 4 = melko tärkeä, 3 = neutraali, 2 = melko merkityksetön, 1 = täysin merkityksetön, 0 = en osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Kuntosalikäynnit						
Lainattavat liikuntavälineet						
Ohjatut liikuntaryhmät						
Uimahallikäynnit						
Koko perheen teatteriesitykset						
Konsertit						
Kädentaitopajat						
Museokäynnit						
Orkesterin kenraaliharjoitukset						
Tekstiviestikutsut kirjastoon						
Tekstiviestikutsut konsertteihin						
Tekstiviestikutsut museoon						
Tekstiviestikutsut teatteriin						
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin						

14. Missä määrin koette, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut teille sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ette ole voineet rahan puutteen vuoksi harrastaa? *

- Erittäin paljon
- Melko paljon
- Jonkin verran
- Melko vähän
- Hyvin vähän
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

15. Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä? *

5 = Erittäin paljon, 4 = Melko paljon, 3 = Jonkin verran, 2 = Melko vähän, 1 = Hyvin vähän tai ei lainkaan, 0 = en ole lisännyt ao. harrastamistani

	5	4	3	2	1	0
Omaa liikkumisharrastamistanne						
Osallistumistanne urheiluotteluihin						
Osallistumistanne kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin						

16. Kuinka tärkeäksi arvioitte/koette Kimmoke-rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin kaikkiaan teille ja teidän elämällenne? *

- Erittäin tärkeä
- Melko tärkeä
- Neutraali
- Melko merkityksetön
- Täysin merkityksetön
- En osaa sanoa

17. Kuinka tyytyväinen kaikkiaan olette ollut Kimmoke-rannekkeen tarjontaan/palveluihin? Voitte halutessanne kommentoida vastaustanne kohtaan "Palaute". Lisää palautetta voitte antaa "loppukommentit"-sivulla.

5 = erittäin tyytyväinen, 4 = melko tyytyväinen, 3 = neutraali, 2 = melko tyytymätön, 1 = erittäin tyytymätön, 0 = en osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Kuntosalikäynnit						
Lainattavat liikuntavälineet						
Ohjatut liikuntaryhmät						
Uimahallikäynnit						
Koko perheen teatteriesitykset						
Konsertit						
Kädentaitopajat						
Museokäynnit						
Orkesterin kenraaliharjoitukset						
Tekstiviestikutsut kirjastoon						
Tekstiviestikutsut konsertteihin						
Tekstiviestikutsut museoon						
Tekstiviestikutsut teatteriin						
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin						

Palaute

Työ- ja asumistilanne

18. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa? *

Vaihtoehdot

19. Mikä on/oli pääasiallisin ammattinne?

20. Mikä on (tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella) asemanne työyhteisössä? *

- Työnantaja, yksityisyrittäjä
- Maanviljelijä, maatalon emäntä
- Ylempi toimihenkilö
- Alempi toimihenkilö
- Ammattikoulutettu työntekijä
- Työntekijä ilman ammattikoulutusta
- En ole ollut työssä kodin ulkopuolella

21. Missä asutte tällä hetkellä? *

- Omistamassanne tai jonkun samassa asunnossa asuvan perheenjäsenen omistamassa asunnossa
- Vuokra-asunnossa (kunnan tai yleishyödyllisen yhtiön tai yksityisen omistamassa)
- Kaverin tai vanhempien luona
- Palvelutalossa, kuntoutuskodissa tai vanhainkodissa
- Olen asunnoton
- Jossain muualla, missä:

Kotitalouden tilanne

22. Kuinka monta jäsentä kuuluu kotitalouteenne tällä hetkellä teidät itsenne mukaan lukien?

- 1 (= te itse)
- 2 (= itsenne lisäksi toinen henkilö)
- 3–4 (= itsenne lisäksi 2–3 henkilöä)
- 5–6 (= itsenne lisäksi 3–4 henkilöä)
- yli 6 (= itsenne lisäksi yli 5 henkilöä)

23. Kuinka moni kotitalouteenne kuuluvista teidät itsenne mukaan lukien on iältään?

- Alle 7-vuotias:
- 7–17-vuotias:
- 18–24-vuotias:
- 25–64-vuotias:
- 65 vuotta täyttänyt:

24. Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla?

- Erittäin hankalaa
- Hankalaa
- Melko hankalaa
- Melko helppoa
- Helppoa
- Hyvin helppoa
- En osaa sanoa

25. Kun kaikkien perheenjäsentenne palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot (ilman toimeentulo- tai asumistukea) lasketaan yhteen veroja vähentämättä, paljonko ansaitsette kuukaudessa?

- Vähemmän kuin 500 € kuukaudessa
- 500–1000 € kuukaudessa
- 1000–1500 € kuukaudessa
- 1500–2000 € kuukaudessa
- 2000–2500 € kuukaudessa
- 2500–3000 € kuukaudessa
- Yli 3000 € kuukaudessa
- En osaa sanoa

26. Onko kotitaloutenne viimeisen vuoden aikana ollut jossain seuraavista tilanteista?

5 = jatkuvasti, 4 = usein, 3 = muutaman kerran, 2 = kerran, 1 = Ei kertaakaan, 0 = en osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Vuokranmaksu ja asumiseen liittyvät käyttäjämaksut ovat viivästyneet						
Terveydenhoidosta on jouduttu tinkimään						
Olette olleet nälässä rahan puutteen vuoksi						
Harrastus- ja virkistysmenoja on jouduttu karsimaan						
Kuukausitulot ovat olleet epäsäännölliset						

27. Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, onko perheenne taloudellinen tilanne muuttunut siitä ajasta?

- Paljon paremmaksi
- Paremmaksi
- Ei muuttunut, ennallaan
- Huonommaksi

- Paljon huonommaksi
- En osaa sanoa

Terveyskäyttäytyminen

28. Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta, miten kuvailisitte vapaa-ajan liikuntaanne? *

- Luin, katselin televisiota ja tein askareita, jotka eivät juuri rasittaneet minua
- Kävelin, pyöräilin tai tein kevyttä koti- ja pihatyötä yms. 1–2 kertaa viikossa
- Kävelin, pyöräilin tai tein kevyttä koti- ja pihatyötä yms. säännöllisesti useita tunteja viikossa
- Harrastin varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä 1–2 kertaa viikossa
- Harrastin varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä säännöllisesti useita tunteja viikossa
- En osaa sanoa

29. Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte? *

- päivittäin
- 4–6 kertaa viikossa
- 3 kertaa viikossa
- 2 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa
- en osaa sanoa

30. Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke-rannekkeella liikkuminen mukaan lukien? *

- Päivittäin
- 4–6 kertaa viikossa
- 3 kertaa viikossa
- 2 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

31. Jos liikkumisenne on lisääntynyt, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0–5? Jos liikkumisenne on ennallaan tai vähentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.

	5	4	3	2	1	0	
Kokonaan	○	○	○	○	○	○	Ei ollenkaan

32. Jos haluatte, voitte perustella äskeistä?

33. Tupakoitteko? *

- Kyllä päivittäin
- Kyllä viikoittain
- En tupakoi

34. Oletteko juoneet alkoholia viimeksi kuluneen viikon aikana vähintään 5 annosta (naiset) tai vähintään 8 annosta (miehet)? *

- Kyllä
- En

35. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut teitä 12 viime kuukauden aikana?

Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.

5 = Lääkäri tai hammaslääkäri
4 = Terveyden-, sairaan- tai työterveyshoitaja
3 = Perheenjäsen
2 = Joku muu
1 = Ei kukaan
0 = En osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Lisäämään liikuntaa						
Muuttamaan ruokailutottumuksia						
Laihduttamaan terveyssyistä						
Vähentämään alkoholin käyttöä						
Lopettamaan tupakoinnin						

36. Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla? Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette ollut sairaalassa sisään otettuna potilaana tai käyntejä raskauden tai synnytyksen vuoksi.

5 = 5 kertaa tai enemmän, 4 = 3–4 kertaa, 3 = 2 kertaa, 2 = 1 kerta, 1 = en kertaakaan, 0 = en osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Lääkärin vastaanotolla työterveyshuollossa						
Lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa						
Lääkärin vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla						
Lääkärin vastaanotolla sairaalan poliklinikalla						
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla työterveyshuollossa						
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa						
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla						
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla sairaalan poliklinikalla						

37. Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi terveytenne, työ- tai toimintakykynne parantunut siten, että lääkärissä/ terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käynnit ovat vähentyneet?

- Erittäin paljon
- Melko paljon
- Pysyneet ennallaan
- Melko vähän
- Erittäin vähän
- En osaa sanoa

Terveys, työ- ja toimintakyky

38. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Keskinkertainen
- Huono
- Erittäin huono

39. Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?

- Parantunut huomattavasti
- Parantunut
- Pysynyt suunnilleen ennallaan
- Heikentynyt
- Heikentynyt huomattavasti
- En osaa sanoa

40. Jos terveydentilanteenne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos tilanteenne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.

	5	4	3	2	1	0	
Kokonaan	○	○	○	○	○	○	Ei ollenkaan

41. Jos haluatte, voitte perustella äskeistä?

42. Onko teillä (jokin pitkäaikainen) sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?

- Ei
- Kyllä, mikä:

43. Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Keskinkertainen
- Huono
- Erittäin huono

44. Miten työ- ja toimintakykynne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?

- Parantunut huomattavasti
- Parantunut
- Pysynyt suunnilleen ennallaan
- Heikentynyt
- Heikentynyt huomattavasti
- En osaa sanoa

45. Jos työ- ja toimintakykynne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos työ- ja toimintakykynne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.

	5	4	3	2	1	0	
Kokonaan	○	○	○	○	○	○	Ei ollenkaan

46. Jos haluatte, voitte perustella äskeistä?

47. Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0-10?
10 tarkoittaa, että työkykynne on erinomainen ja 0 tarkoittaa, ettette pystyisi nykyisin lainkaan työhön.

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
Erinomainen työkyky	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Täysin työkyvytön

48. Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0-10?

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
Erinomainen työkyky	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Täysin työkyvytön

49. Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka/ pystyisitte työskentelemään viimeisimmässä ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka? Mikäli ette ole töissä, vastatkaa viimeisimmän työnne mukaan.

- ○ En
- ○ Todennäköisesti en
- ○ Todennäköisesti kyllä
- ○ Kyllä
- ○ Olen eläkkeellä
- ○ En osaa sanoa

Elämän kokeminen

50. Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?

- ○ Jatkuvasti
- ○ Melko usein
- ○ Joskus
- ○ Hyvin harvoin
- ○ En koskaan
- ○ En osaa sanoa

51. Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?

- ○ Lisääntynyt huomattavasti
- ○ Lisääntynyt
- ○ Pysynyt suunnilleen ennallaan
- ○ Vähentynyt
- ○ Vähentynyt huomattavasti
- ○ En osaa sanoa

52. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?

- ○ Erittäin hyväksi
- ○ Hyväksi
- ○ Ei hyväksi eikä huonoksi
- ○ Huonoksi
- ○ Erittäin huonoksi

53. Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?

5 = erittäin tyytyväinen, 4 = tyytyväinen, 3 =en tyytyväinen-en tyytymätön, 2 = tyytymätön, 1 = erittäin tyytymätön, 0 = en osaa sanoa

	5	4	3	2	1	0
Mahdollisuuksiinne käyttää ja kehittää omia erityistaipumuksianne						
Mahdollisuuksiinne vaikuttaa omaa elämäänne koskeviin asioihin						
Muiden kanssaihmisten teitä kohtaan osoittamaan arvostukseen						
Mahdollisuuksiinne mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan						
Mahdollisuuksiinne vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin						
Mahdollisuuksiinne menestyä elämässä						
Elämäänne nyt verrattuna 5 vuoden takaiseen tilanteeseen						
Omiin elintapoihinne						
Omaan terveyteenne						

54. Kuinka onnelliseksi koette itsenne?

	5	4	3	2	1	0	
Erittäin onnellinen							Täysin onneton

Loppukommentit

55. Minkä kouluarvosanan 4-10 antaisitte Kimmoke-rannekkeelle? *

Arvosana

56. Onko teillä jotain kritiikkiä/parannusehdotuksia/toiveita Kimmokerannekkeen palveluihin?

57. Onko teillä jotain positiivista tai vielä jotain muuta mitä haluaisitte sanoa Kimmoke-rannekkeen palveluista?

Lisäkysymykset ei-syntyperäisille suomalaisille tai niille, joiden vähintään toinen vanhempi ei ole syntyperäinen suomalainen

58. Mistä maasta itse olette tai omista vanhemmistanne vähintään toinen on muuttanut Suomeen?

Maa

59. Milloin itse olette tai vanhemmistanne vähintään toinen muuttanut Suomeen?

Vuosi

60. Millä perusteella itse saitte tai vanhempanne sai oleskeluluvan Suomeen?

Vaihtoehdot

Liite 5. Rannekkeen yhteys terveydentilaan

Taulukoihin on koottu terveydentilan yhteys eri asioihin siten, että asteikossa ei kuvata parhaan, keskimmäisen tai huonoimman arvion saaneiden välillä olevia arvoja.

Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?					
		Parantunut huomattavasti	Pysynyt ennallaan	Heikentynyt huomattavasti	
		%	%	%	
Kouluarvosana 9 tai 10 rannekkeelle (asteikko 4–10)		83	46	25	p = 0,000
Liikkuu vähintään 3x/vk	ennen	35	48	0	p = 0,000
	jälkeen	94	61	0	p = 0,000
Liikunnan lisäys johtuu rannekkeesta 4 tai 5 arvoisesti (asteikko 0–5)		91	51	66	p = 0,000
Terveydentila parantunut rannekkeen vuoksi 4 tai 5 arvoisesti (asteikko 0–5)		95	12	0	p = 0,000
Työ- ja toimintakyky parantunut tai parantunut huomattavasti		95	8	33	p = 0,000
Työ- ja toimintakyky rannekkeen vuoksi 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)		85	20	0	p = 0,000
Työkyky 0-10	ennen	9	29	0	p = 0,000
	jälkeen	34	33	25	p = 0,456
Yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein	ennen	30	24	25	p = 0,791
Yksinäisyys vähentynyt tai vähentynyt huomattavasti		50	18	0	p = 0,003
Elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä		54	50	0	p = 0,037
Tyytyväisyys mielekkääseen vapaa-aikaan 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)		73	51	25	p = 0,005
Tyytyväisyys omiin elintapoihin 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)		67	47	25	p = 0,011
Onnellisuus 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)		66	41	25	p = 0,012

Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?					
		Erittäin hyvä	Keskin-kertainen	Erittäin huono	
		%	%	%	
Kouluarvosana 9 tai 10 rannekkeelle (asteikko 4–10)	*	80	58	28	p = 0.075
Liikkuu väh 3x/vk	ennen	57	27	0	p = 0,000
	jälkeen	89	55	14	p = 0,000
Liikunnan lisäys johtuu rannekkeesta 4 tai 5 arvoisesti (asteikko 0–5)	*	73	68	50	p = 0,513
Pitkäaikaissairaus		3	57	100	p = 0,000
Terveydentila parantunut tai parantunut huomattavasti		53	57	34	p = 0,038
Työ- ja toimintakyky hyvä tai erittäin hyvä		100	24	0	p = 0,000
Työ- ja toimintakyky rannekkeen vuoksi 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)	*	53	47	100	p = 0,329
Työkyky 0-10	ennen	66	6	0	p = 0,000
	jälkeen	95	8	0	p = 0,000
Yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein	ennen	23	36	57	p = 0,004
Yksinäisyys vähentynyt tai vähentynyt huomattavasti	*	32	39	20	p = 0,279
Elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä		83	36	0	p = 0,000
Tyytyväisyys 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5):					
a) erityistaipumuksien käyttöön		71	40	17	p = 0,002
b) omaan elämään vaikuttamisen mahdollisuuksiin		75	39	17	p = 0,001
c) kanssaihmisten osoittamaan arvostukseen		66	41	83	p = 0,174
d) mielekkääseen vapaa-aikaan		85	50	29	p = 0,001
e) mahdollisuuteen vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin		36	20	0	p = 0,001
f) mahdollisuuteen menestyä elämässä		57	24	17	p = 0,000
g) elämään vrt. 5 vuoden takaiseen		67	42	0	p = 0,000
h) omiin elintapoihin		91	45	28	p = 0,000
i) omaan terveyteen		91	27	14	p = 0,000
Onnellisuus 4 tai 5 arvoinen (asteikko 0–5)		74	31	0	p = 0,000

* = Tilastotaulukkoa ei ole liitetaulukoissa liitteessä 6, koska erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

Liite 6. Liitetaulukot (1-116)

Liitetaulukko 1

	All	Minkä ikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
Oletteko tällä hetkellä pääasiassa?		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
: Kokopäivätyössä	4	6	3	6	5	3	2	4	2	0	0
: Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	9	6	3	9	7	11	8	10	5	0	0
: Eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella	1	0	0	0	0	3	2	0	0	20	2
: Työttömyyseläkkeellä	7	0	0	2	2	11	8	12	6	30	3
: Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	13	2	1	21	17	11	8	10	5	30	3
: Pitkäaikaisella sairaslomalla	3	2	1	5	4	0	0	8	4	0	0
: Työtön tai lomautettu	42	35	17	32	26	55	42	50	26	10	1
: Työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	4	10	5	5	4	1	1	2	1	0	0
: Varusmies tai siviilipalveluksessa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Perhevapaalla (työsuhde voimassa)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Kotiäiti tai -isä	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
: Opiskelija	14	35	17	17	14	5	4	2	1	10	1
: jokin muu	2	4	2	1	1	1	1	4	2	0	0

24.65
(p=0.000)

Liitetaulukko 2

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Mikä on (tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella) asemanne työyhteisössä?	N=268		N=49		N=81		N=76		N=52		N=10
: Työnantaja, yksityisyrittäjä	9	4	2	7	6	8	6	15	8	30	3
: Maanviljelijä, maatalon emäntä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Ylempi toimihenkilö	9	2	1	7	6	13	10	12	6	20	2
: Alempi toimihenkilö	14	6	3	15	12	14	11	19	10	10	1
: Ammattikoulutettu työntekijä	31	29	14	32	26	33	25	31	16	30	3
: Työntekijä ilman ammattikoulutusta	28	39	19	28	23	28	21	21	11	10	1
: En ole ollut työssä kodin ulkopuolella	8	20	10	10	8	4	3	2	1	0	0

28.07
(p=0.000)

Liitetaulukko 3

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla?	N=248		N=129		N=119
: Erittäin hankalaa	29	34	44	24	28
: Hankalaa	27	22	29	33	39
: Melko hankalaa	28	29	37	27	32
: Melko helppoa	13	11	14	14	17
: Helppoa	2	2	2	3	3
: Hyvin helppoa	1	2	3	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

8.49 1.4395 33.333
(p=0.131) 1613 33333

Liitetaulukko 4

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Oletteko tällä hetkellä pääasiassa?	N=270		N=181		N=89
: Kokopäivätyössä	4	1	2	11	10
: Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	9	7	12	12	11
: Eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella	1	1	2	2	2
: Työttömyyseläkkeellä	7	8	14	6	5
: Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	13	14	25	10	9
: Pitkäaikaisella sairaslomalla	3	2	4	7	6
: Työtön tai lomautettu	42	50	91	25	22
: Työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	4	2	3	9	8
: Varusmies tai siviilipalveluksessa	0	0	0	0	0
: Perhevapaalla (työsuhde voimassa)	0	0	0	0	0
: Kotiäiti tai -isä	0	0	0	1	1
: Opiskelija	14	14	26	12	11
: jokin muu	2	1	2	4	4

Min exp. Fract< 5

43.42 0.3296 40.909
(p=0.000) 2963 09091

Liitetaulukko 5

Mistä saitte tietoa Kimmoke-rannekkeesta?		Minkä ikäinen olette?: 21–30-vuotias: (N=49)	Minkä ikäinen olette?: 31–40-vuotias: (N=81)	Minkä ikäinen olette?: 41–50-vuotias: (N=76)	Minkä ikäinen olette?: 51–60-vuotias: (N=52)	Minkä ikäinen olette?: Yli 60-vuotias: (N=10)	
Turku-liikkeelle lehdestä (28%)		**6**	**19**	38	**46**	40	p=0,000
Jostain muusta lehdestä, mistä: (1%)		0	0	1	2	0	p=0,672
Kimmoke-esitteestä (21%)		**35**	27	11	15	20	p=0,010
Jostain muusta esitteestä, mistä: (0%)		0	0	0	0	0	
Radiosta (1%)		0	0	3	0	0	p=0,280
Internetistä (22%)		24	35	18	12	0	p=0,007
Kaverilta tai perheenjäseneltä (24%)		24	30	24	12	30	p=0,194
Työ- ja elinkeinotoimistosta (TE-toimisto) (3%)		6	2	4	2	0	p=0,717
Työelämäkuntoutuksesta (1%)		0	0	1	2	0	p=0,672
Kelasta (0%)		0	0	0	0	0	
Sosiaalityöntekijältä (16%)		20	15	17	13	20	p=0,884
Lääkäriltä (2%)		0	2	1	2	**20**	p=0,003
Sairaanhoitajalta tai fysioterapeutilta (4%)		2	4	4	6	0	p=0,847
Liikuntapalveluvastaavalta (8%)		8	7	7	12	0	p=0,731
Kulttuuripalvelujen työntekijältä (1%)		0	1	1	0	0	p=0,840
Muualta, mistä: (6%)		10	7	8	0	0	p=0,209

Liitetaulukko 6

Kuinka usein keskimäärin olette käyttänyt (tai aiemmin käytitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvia palveluja?
5 = Päivittäin tai lähes päivittäin (5–7x/vk), 4 = muutamia kertoja viikossa (2–4 x/vk), 3 = viikottain (n.1 x/vk),
2 = pari kertaa kuukaudessa (n. 1–2 x/kk), 1 = harvemmin, 0 = en kertaakaan
Vastaajien määrä: 272

	5	4	3	2	1	0	Yht.	Keskia.
Kuntosalikäynnit	9 %	31 %	15 %	9 %	14 %	22 %	272	2,44
Lainattavat liikuntavälineet	0 %	1 %	1 %	2 %	5 %	90 %	272	0,2
Ohjatut liikuntaryhmät	1 %	3 %	5 %	2 %	10 %	79 %	272	0,49
Uimahallikäynnit	5 %	32 %	23 %	12 %	11 %	17 %	272	2,57
Koko perheen teatteriesitykset	0 %	0 %	2 %	2 %	8 %	87 %	272	0,2
Konsertit	0 %	0 %	2 %	3 %	16 %	78 %	272	0,31
Kädentaitopajat	0 %	0 %	2 %	1 %	6 %	92 %	272	0,14
Museokäynnit	0 %	1 %	2 %	6 %	19 %	72 %	272	0,41
Orkesterin kenraaliharjoitukset	1 %	0 %	1 %	1 %	9 %	87 %	272	0,22
Tekstiviestikutsut kirjastoon	0 %	1 %	1 %	3 %	10 %	86 %	272	0,22
Tekstiviestikutsut konsertteihin	2 %	0 %	2 %	4 %	16 %	75 %	272	0,43
Tekstiviestikutsut museoon	1 %	1 %	1 %	2 %	15 %	80 %	272	0,32
Tekstiviestikutsut teatteriin	1 %	0 %	1 %	3 %	14 %	80 %	272	0,32
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin	1 %	2 %	1 %	7 %	10 %	79 %	272	0,4
Yhteensä	2 %	5 %	4 %	4 %	12 %	73 %	**3808**	**0,62**

Liitetaulukko 7

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka usein keskimäärin olette käyttänyt (tai aiemmin käytitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvia palveluja?: Uimahallikäynnit	N=268		N=138		N=130
: 0	16	9	13	24	31
: 1	11	12	17	9	12
: 2	12	11	15	14	18
: 3	23	30	42	15	20
: 4	32	32	44	32	42
: 5	5	5	7	5	7
: average	2,59	2,78		2,39	

		Min exp.	Fract< 5
	16.13 (p=0.006)	6.79104	0

Liitetaulukko 8

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka usein keskimäärin olette käyttänyt (tai aiemmin käytitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvia palveluja?: Kuntosalikäynnit	N=268		N=138		N=130
: 0	22	21	29	24	31
: 1	14	17	24	11	14
: 2	8	12	17	4	5
: 3	15	20	27	11	14
: 4	31	24	33	38	50
: 5	9	6	8	12	16
: average	2,45	2,25		2,66	

		Min exp.	Fract< 5
	19.29 (p=0.002)	10.671 64179	0

Liitetaulukko 9

Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?
5 = erittäin tärkeä, 4 = melko tärkeä, 3 = neutraali, 2 = melko merkityksetön, 1 = täysin merkityksetön, 0 = en osaa sanoa
Vastaajien määrä: 272

	5	4	3	2	1	Yht.	Keskia.	0	Yht.
Kuntosalikäynnit	64 %	19 %	9 %	2 %	5 %	243	4,35	11 %	272
Lainattavat liikuntavälineet	15 %	11 %	30 %	17 %	27 %	149	2,7	45 %	272
Ohjatut liikuntaryhmät	22 %	16 %	29 %	14 %	19 %	170	3,08	38 %	272
Uimahallikäynnit	71 %	18 %	7 %	2 %	2 %	248	4,53	9 %	272
Koko perheen teatteriesitykset	18 %	12 %	35 %	10 %	24 %	164	2,88	40 %	272
Konsertit	16 %	26 %	33 %	13 %	12 %	187	3,2	31 %	272
Kädentaitopajat	13 %	14 %	39 %	10 %	24 %	153	2,83	44 %	272
Museokäynnit	16 %	26 %	33 %	10 %	15 %	189	3,19	31 %	272
Orkesterin kenraaliharjoitukset	14 %	20 %	32 %	14 %	20 %	163	2,94	40 %	272
Tekstiviestikutsut kirjastoon	13 %	13 %	36 %	17 %	21 %	160	2,79	41 %	272
Tekstiviestikutsut konsertteihin	20 %	24 %	29 %	12 %	15 %	181	3,23	33 %	272
Tekstiviestikutsut museoon	16 %	23 %	31 %	13 %	17 %	173	3,08	36 %	272
Tekstiviestikutsut teatteriin	24 %	24 %	27 %	10 %	15 %	176	3,32	35 %	272
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin	20 %	21 %	27 %	9 %	24 %	187	3,06	31 %	272
Yhteensä	27 %	19 %	27 %	10 %	16 %	2543	3,23	33 %	3808

Liitetaulukko 10

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Uimahallikäynnit	N=245		N=134		N=111
: 0	0	0	0	0	0
: 1	2	1	1	5	5
: 2	2	1	2	3	3
: 3	7	5	7	8	9
: 4	18	13	17	24	27
: 5	71	80	107	60	67
: average	4,53	4,69		4,33	
		Min exp. Fract< 5			

12.54
(p=0.014) 2.26530 40

Liitetaulukko 11

Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?
5 = erittäin tärkeä, 4 = melko tärkeä, 3 = neutraali, 2 = melko merkityksetön, 1 = täysin merkityksetön, 0 = en osaa sanoa
Vastaajien määrä: 138

Naiset	5	4	3	2	1	Yht.	Keskia.	0	Yht.
Kuntosalikäynnit	62 %	21 %	9 %	2 %	6 %	124	4,31	10 %	138
Lainattavat liikuntavälineet	18 %	8 %	29 %	17 %	28 %	83	2,72	40 %	138
Ohjatut liikuntaryhmät	31 %	19 %	23 %	13 %	15 %	95	3,38	31 %	138
Uimahallikäynnit	80 %	13 %	5 %	1 %	1 %	134	4,69	3 %	138
Koko perheen teatteriesitykset	23 %	13 %	33 %	12 %	20 %	92	3,08	33 %	138
Konsertit	21 %	29 %	29 %	8 %	12 %	106	3,38	23 %	138
Kädentaitopajat	19 %	16 %	35 %	9 %	21 %	86	3,02	38 %	138
Museokäynnit	20 %	31 %	27 %	10 %	12 %	103	3,39	25 %	138
Orkesterin kenraaliharjoitukset	19 %	28 %	28 %	10 %	15 %	86	3,24	38 %	138
Tekstiviestikutsut kirjastoon	18 %	15 %	33 %	17 %	17 %	88	3	36 %	138
Tekstiviestikutsut konsertteihin	28 %	28 %	21 %	12 %	11 %	100	3,5	28 %	138
Tekstiviestikutsut museoon	22 %	24 %	26 %	17 %	11 %	96	3,28	30 %	138
Tekstiviestikutsut teatteriin	32 %	24 %	21 %	11 %	11 %	99	3,56	28 %	138
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin	20 %	18 %	26 %	10 %	27 %	97	2,93	30 %	138
Yhteensä	32 %	21 %	24 %	10 %	14 %	1389	3,39	28 %	1932

Liitetaulukko 12

Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?
5 = erittäin tärkeä, 4 = melko tärkeä, 3 = neutraali, 2 = melko merkityksetön, 1 = täysin merkityksetön, 0 = en osaa sanoa
Vastaajien määrä: 130

Miehet	5	4	3	2	1	Yht.	Keskia.	0	Yht.
Kuntosalikäynnit	66 %	17 %	10 %	3 %	4 %	115	4,38	12 %	130
Lainattavat liikuntavälineet	10 %	14 %	32 %	17 %	27 %	63	2,62	52 %	130
Ohjatut liikuntaryhmät	8 %	11 %	38 %	15 %	27 %	71	2,59	45 %	130
Uimahallikäynnit	60 %	24 %	8 %	3 %	5 %	111	4,33	15 %	130
Koko perheen teatteriesitykset	10 %	12 %	39 %	9 %	30 %	69	2,62	47 %	130
Konsertit	9 %	22 %	36 %	19 %	13 %	77	2,95	41 %	130
Kädentaitopajat	5 %	13 %	42 %	13 %	28 %	64	2,53	51 %	130
Museokäynnit	11 %	18 %	40 %	11 %	20 %	82	2,9	37 %	130
Orkesterin kenraaliharjoitukset	8 %	12 %	36 %	16 %	27 %	73	2,58	44 %	130
Tekstiviestikutsut kirjastoon	6 %	10 %	41 %	16 %	28 %	69	2,51	47 %	130
Tekstiviestikutsut konsertteihin	10 %	19 %	38 %	12 %	21 %	77	2,87	41 %	130
Tekstiviestikutsut museoon	8 %	22 %	36 %	8 %	26 %	74	2,78	43 %	130
Tekstiviestikutsut teatteriin	12 %	25 %	34 %	8 %	21 %	73	3	44 %	130
Tekstiviestikutsut urheiluotteluihin	21 %	26 %	27 %	7 %	20 %	86	3,21	34 %	130
Yhteensä	21 %	18 %	31 %	11 %	20 %	1104	2,99	39 %	1820

Liitetaulukko 13

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Kuntosalikäynnit	N=241		N=161		N=80
: 0	0	0	0	0	0
: 1	5	3	5	10	8
: 2	2	3	5	0	0
: 3	9	9	14	11	9
: 4	19	15	24	28	22
: 5	64	70	113	51	41
: average	4,34	4,46		4,10	

	Min exp.	Fract< 5
15	1.65975	30
(p=0.005)		

Liitetaulukko 14

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Tekstiviestikutsut teatteriin	N=172		N=99		N=73
: 0	0	0	0	0	0
: 1	15	11	11	21	15
: 2	10	11	11	8	6
: 3	27	21	21	34	25
: 4	24	24	24	25	18
: 5	24	32	32	12	9
: average	3,32	3,56		3,00	

	Min exp.	Fract< 5
12.55	7.2151	0
(p=0.014)	1628	

Liitetaulukko 15

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Tekstiviestikutsut konsertteihin	N=177		N=100		N=77
: 0	0	0	0	0	0
: 1	15	11	11	21	16
: 2	12	12	12	12	9
: 3	28	21	21	38	29
: 4	24	28	28	19	15
: 5	20	28	28	10	8
: average	3,23	3,50		2,87	

	Min exp.	Fract< 5
14.94	9.1355	0
(p=0.005)	9322	

Liitetaulukko 16

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Konsertit	N=183		N=106		N=77
: 0	0	0	0	0	0
: 1	13	12	13	13	10
: 2	13	8	9	19	15
: 3	32	29	31	36	28
: 4	26	29	31	22	17
: 5	16	21	22	9	7
: average	3,20	3,38		2,95	

	Min exp.	Fract< 5
9.53	9.67759	0
(p=0.049)		

Liitetaulukko 17

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Museokäynnit	N=185		N=103		N=82
: 0	0	0	0	0	0
: 1	15	12	12	20	16
: 2	10	10	10	11	9
: 3	33	27	28	40	33
: 4	25	31	32	18	15
: 5	16	20	21	11	9
: average	3,17	3,39		2,90	

	Min exp.	Fract< 5
9.72	8.4216	0
(p=0.045)	2162	

Liitetaulukko 18

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tyytyväinen kaikkiaan olette ollut Kimmoke-rannekkeen tarjontaan/ palveluihin? Orkesterin kenraaliharjoitukset	N=113		N=64		N=49
: 0	0	0	0	0	0
: 1	8	6	4	10	5
: 2	7	3	2	12	6
: 3	44	42	27	47	23
: 4	16	14	9	18	9
: 5	25	34	22	12	6
: average	3,42	3,67		3,10	

		Min exp. Fract< 5
9.75 (p=0.045)	3.4690 2655	30

Liitetaulukko 19

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi koette (tai koitte) Kimmoke-rannekkeeseen kuuluvat palvelut teille?: Tekstiviestikutsut museoon	N=170		N=96		N=74
: 0	0	0	0	0	0
: 1	18	11	11	26	19
: 2	13	17	16	8	6
: 3	31	26	25	36	27
: 4	23	24	23	22	16
: 5	16	22	21	8	6
: average	3,06	3,28		2,78	

		Min exp. Fract< 5
13.73 (p=0.008)	9.5764 7059	0

Liitetaulukko 20
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Uimahallikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmista ni vähintä än toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=220)	(N=6)	(N=22)
5	71 %	83 %	68 %
4	18 %	17 %	14 %
3	6 %	0 %	14 %
2	2 %	0 %	5 %
1	3 %	0 %	0 %
Keskiarvo	4,53	4,83	4,45

Liitetaulukko 21
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Kuntosalikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=213)	(N=6)	(N=24)
5	64 %	100 %	58 %
4	21 %	0 %	13 %
3	8 %	0 %	21 %
2	1 %	0 %	8 %
1	6 %	0 %	0 %
Keskiarvo	4,35	5,00	4,21

Liitetaulukko 22
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Naisten uimahallikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=123)	(N=3)	(N=8)
5	80 %	100 %	63 %
4	13 %	0 %	13 %
3	5 %	0 %	13 %
2	1 %	0 %	13 %
1	1 %	0 %	0 %
Keskiarvo	472 %	500 %	425 %

Liitetaulukko 23
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Naisten kuntosalikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=112)	(N=3)	(N=9)
5	61 %	100 %	67 %
4	22 %	0 %	11 %
3	8 %	0 %	22 %
2	2 %	0 %	0 %
1	7 %	0 %	0 %
Keskiarvo	4,28	5	4,44

Liitetaulukko 24
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Miesten uimahallikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=94)	(N=3)	(N=14)
5	59 %	67 %	71 %
4	26 %	33 %	14 %
3	7 %	0 %	14 %
2	3 %	0 %	0 %
1	5 %	0 %	0 %
Keskiarvo	4,29	4,67	4,57

Liitetaulukko 25
Oletteko syntyperäinen suomalainen?

Miesten kuntosalikäynnit	Kyllä	Kyllä, mutta vanhemmistani vähintään toinen ei ole syntyperäinen suomalainen	Ei
	(N=97)	(N=3)	(N=15)
5	67,01 %	100 %	53,33 %
4	18,56 %	0 %	13,33 %
3	8,25 %	0 %	20 %
2	1,03 %	0 %	13,33 %
1	5,15 %	0 %	0 %
Keskiarvo	4,41	5	4,07

Liitetaulukko 26

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Minkä kouluarvosanan 4–10 antaisitte Kimmoke-rannekkeelle?	N=251		N=35		N=117		N=94		N=1		N=4
: 4	1	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0
: 5	1	3	1	0	0	2	2	0	0	0	0
: 6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
: 7	3	0	0	3	4	5	5	0	0	0	0
: 8	32	11	4	25	29	46	43	0	0	75	3
: 9	33	23	8	38	44	31	29	100	1	0	0
: 10	29	60	21	33	39	15	14	0	0	25	1
: average	8,81	9,23		8,99		8,45		9,00		8,50	

28.84
(p=0.000)

Liitetaulukko 27

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut teille sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ette ole voineet rahan puutteen vuoksi harrastaa?	N=263		N=136		N=127
: Erittäin paljon	59	66	90	51	65
: Melko paljon	28	21	29	35	45
: Jonkin verran	8	10	14	6	8
: Melko vähän	2	1	2	2	3
: Hyvin vähän	2	1	1	3	4
: Ei lainkaan	1	0	0	2	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

12.84 0.9657 50
(p=0.025) 7947

Liitetaulukko 28

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut teille sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ette ole voineet rahan puutteen vuoksi harrastaa?	N=265		N=178		N=87
: Erittäin paljon	59	65	115	47	41
: Melko paljon	28	27	48	31	27
: Jonkin verran	8	7	12	11	10
: Melko vähän	2	1	2	3	3
: Hyvin vähän	2	0	0	6	5
: Ei lainkaan	1	1	1	1	1
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

17.14 0.6566 50
(p=0.004) 0377

Liitetaulukko 29

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Missä määrin koette, että Kimmoke-ranneke on mahdollistanut teille sellaisia harrastus- ja virkistysmenoja, mitä aiemmin ette ole voineet rahan puutteen vuoksi harrastaa?	N=233		N=36		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: Erittäin paljon	59	69	25	58	64	67	24	73	16	64	7	43	3	10	1
: Melko paljon	28	22	8	30	33	28	10	27	6	18	2	14	1	60	6
: Jonkin verran	8	6	2	8	9	6	2	0	0	9	1	14	1	30	3
: Melko vähän	2	3	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Hyvin vähän	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	29	2	0	0
: Ei lainkaan	1	0	0	1	1	0	0	0	0	9	1	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

17.2
(p=0.009)

Liitetaulukko 30

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi arvioitte/koette Kimmoke-rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin kaikkiaan teille ja teidän elämällenne?	N=267		N=180		N=87
: Erittäin tärkeä	57	63	114	44	38
: Melko tärkeä	33	31	55	38	33
: Neutraali	8	5	9	13	11
: Melko merkityksetön	2	1	2	3	3
: Täysin merkityksetön	1	0	0	2	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

15.37 (p=0.004) 0.6516 8539 40

Liitetaulukko 31

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi arvioitte/koette Kimmoke-rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin kaikkiaan teille ja teidän elämällenne?	N=265		N=137		N=128
: Erittäin tärkeä	57	66	90	48	61
: Melko tärkeä	33	29	40	37	47
: Neutraali	8	4	5	12	15
: Melko merkityksetön	2	1	2	2	3
: Täysin merkityksetön	1	0	0	2	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

13.04 (p=0.011) 0.9660 3774 40

Liitetaulukko 32

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka tärkeäksi arvioitte/koette Kimmoke-rannekkeen mahdollistaman osallistumisen palveluihin kaikkiaan teille ja teidän elämällenne?	N=234		N=37		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: Erittäin tärkeä	57	65	24	57	63	61	22	68	15	64	7	14	1	10	1
: Melko tärkeä	33	27	10	31	34	31	11	32	7	36	4	57	4	80	8
: Neutraali	8	8	3	7	8	8	3	0	0	0	0	29	2	10	1
: Melko merkityksetön	2	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Täysin merkityksetön	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

15.97 (p=0.014)

Liitetaulukko 33

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Omaa liikkumisharrastamistanne	N=270		N=181		N=89
: 0	4	3	6	7	6
: 1	1	1	1	2	2
: 2	2	1	1	4	4
: 3	11	9	16	15	13
: 4	21	20	37	24	21
: 5	60	66	120	48	43
: average	4,25	4,41		3,91	

Min exp. Fract< 5

13.44 (p=0.020) 0.9888 8889 41.666 66667

Liitetaulukko 34

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Omaa liikkumisharrastamistanne	N=268		N=138		N=130
: 0	4	2	3	7	9
: 1	1	1	1	2	2
: 2	2	1	2	2	3
: 3	11	13	18	8	11
: 4	21	13	18	30	39
: 5	60	70	96	51	66
: average	4,25	4,43		4,05	

	Min exp.	Fract< 5
18.29	1.4552	33.333
(p=0.003)	2388	33333

Liitetaulukko 35

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Osallistumistanne kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin	N=268		N=138		N=130
: 0	38	33	45	43	56
: 1	13	12	17	15	19
: 2	7	7	10	8	10
: 3	21	22	31	19	25
: 4	10	11	15	9	12
: 5	10	14	20	6	8
: average	1,84	2,10		1,55	

	Min exp.	Fract< 5
7.2	9.7014	0
(p=0.206)	9254	

Liitetaulukko 36

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Osallistumistanne urheiluotteluihin	N=268		N=138		N=130
: 0	56	61	84	50	65
: 1	10	11	15	9	12
: 2	6	8	11	4	5
: 3	13	9	13	16	21
: 4	5	1	2	8	11
: 5	11	9	13	12	16
: average	1,34	1,08		1,61	

	Min exp.	Fract< 5
13.2	6.3059	0
(p=0.022)	7015	

Liitetaulukko 37

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Omaa liikkumisharrastamistanne	N=235		N=38		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: 0	4	11	4	5	5	0	0	0	0	9	1	14	1	0	0
: 1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1
: 2	2	0	0	2	2	3	1	0	0	9	1	0	0	0	0
: 3	11	3	1	14	16	11	4	0	0	9	1	43	3	30	3
: 4	21	29	11	17	19	19	7	27	6	18	2	0	0	40	4
: 5	60	58	22	62	69	67	24	73	16	55	6	43	3	20	2
: average	4,25	4,13		4,26		4,50		4,73		3,91		3,43		3,60	

12.3
(p=0.056)

Liitetaulukko 38

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Osallistumistanne kulttuuritoimintaan ja -tapahtumiin	N=235		N=38		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: 0	38	50	19	32	35	36	13	41	9	27	3	43	3	60	6
: 1	13	5	2	14	16	11	4	14	3	18	2	14	1	30	3
: 2	7	8	3	9	10	6	2	0	0	9	1	14	1	0	0
: 3	21	16	6	20	22	28	10	18	4	36	4	29	2	10	1
: 4	10	11	4	14	15	8	3	18	4	0	0	0	0	0	0
: 5	10	11	4	12	13	11	4	9	2	9	1	0	0	0	0
: average	1,84	1,63		2,05		1,94		1,86		1,91		1,29		0,60	

7.6
(p=0.269)

Liitetaulukko 39

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Missä määrin koette, että nimenomaan Kimmoke-rannekkeen vuoksi olette voineet lisätä?: Osallistumistanne urheiluotteluihin	N=235		N=38		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: 0	56	74	28	50	56	56	20	41	9	55	6	71	5	80	8
: 1	10	5	2	10	11	11	4	18	4	9	1	0	0	20	2
: 2	6	3	1	8	9	6	2	5	1	0	0	14	1	0	0
: 3	13	8	3	12	13	17	6	18	4	18	2	14	1	0	0
: 4	5	0	0	7	8	0	0	9	2	9	1	0	0	0	0
: 5	11	11	4	13	14	11	4	9	2	9	1	0	0	0	0
: average	1,34	0,87		1,53		1,28		1,64		1,45		0,71		0,20	

11.01
(p=0.088)

Liitetaulukko 40

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte?	N=257		N=132		N=125
: päivittäin	7	6	8	9	11
: 4–6 kertaa viikossa	12	14	18	10	13
: 3 kertaa viikossa	16	10	13	22	28
: 2 kertaa viikossa	18	18	24	17	21
: kerran viikossa	15	16	21	14	18
: 2–3 kertaa kuukaudessa	15	17	23	13	16
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	14	17	22	11	14
: en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	2	3	3	4
: en osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

10.19 3.4046 12.500
(p=0.178) 6926

Liitetaulukko 41

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	N=268		N=138		N=130
: Päivittäin	14	13	18	15	19
: 4–6 kertaa viikossa	28	22	30	34	44
: 3 kertaa viikossa	24	25	34	24	31
: 2 kertaa viikossa	17	20	27	14	18
: kerran viikossa	7	9	13	4	5
: 2–3 kertaa kuukaudessa	6	7	10	5	6
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	3	3	4	2	3
: en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	2	1	2	3	4

Min exp. Fract< 5

9.75 2.9104 25
(p=0.203) 4776

Liitetaulukko 42

	All	Kimmoke-Kyllä		Kimmoke-Ei	
		%	N	%	N
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	N=181		N=181		N=89
: Päivittäin	14	18	33	4	4
: 4–6 kertaa viikossa	28	31	56	20	18
: 3 kertaa viikossa	24	24	44	26	23
: 2 kertaa viikossa	17	14	26	21	19
: kerran viikossa	7	4	7	12	11
: 2–3 kertaa kuukaudessa	6	6	10	7	6
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	3	1	1	7	6
: en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	2	2	4	2	2

Min exp. Fract< 5

27.94 (p=0.000) 1.9777 7778 25

Liitetaulukko 43

	All	Kimmoke-Kyllä		Kimmoke-Ei	
		%	N	%	N
Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte?	N=259		N=175		N=84
: päivittäin	7	9	16	4	3
: 4–6 kertaa viikossa	12	12	21	12	10
: 3 kertaa viikossa	16	16	28	17	14
: 2 kertaa viikossa	18	18	32	17	14
: kerran viikossa	15	15	27	14	12
: 2–3 kertaa kuukaudessa	15	14	25	17	14
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	14	12	21	18	15
: en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	3	5	2	2
: en osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

4.21 (p=0.755) 2.2702 7027 12.500

Liitetaulukko 44

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte?	N=229		N=36		N=108		N=36		N=22		N=11		N=6		N=10
: päivittäin	7	6	2	6	6	8	3	0	0	0	0	17	1	10	1
: 4–6 kertaa viikossa	12	17	6	11	12	11	4	5	1	18	2	17	1	30	3
: 3 kertaa viikossa	16	28	10	15	16	11	4	9	2	0	0	0	0	10	1
: 2 kertaa viikossa	18	19	7	20	22	8	3	18	4	18	2	33	2	20	2
: kerran viikossa	15	8	3	17	18	11	4	32	7	18	2	0	0	20	2
: 2–3 kertaa kuukaudessa	15	8	3	15	16	31	11	23	5	18	2	17	1	0	0
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	14	11	4	14	15	17	6	9	2	27	3	17	1	10	1
: en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	3	1	3	3	3	1	5	1	0	0	0	0	0	0
: en osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10.49
(p=0.105)

Liitetaulukko 45

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	N=235		N=38		N=111		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: Päivittäin	14	18	7	13	14	17	6	5	1	0	0	14	1	10	1
: 4–6 kertaa viikossa	28	21	8	28	31	22	8	36	8	27	3	29	2	40	4
: 3 kertaa viikossa	24	24	9	32	35	25	9	14	3	18	2	0	0	20	2
: 2 kertaa viikossa	17	21	8	15	17	11	4	27	6	27	3	29	2	10	1
: kerran viikossa	7	0	0	6	7	14	5	9	2	9	1	14	1	10	1
: 2–3 kertaa kuukaudessa	6	11	4	3	3	8	3	5	1	18	2	14	1	10	1
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	3	3	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	2	3	1	1	1	3	1	5	1	0	0	0	0	0	0

3.51
(p=0.743)

Liitetaulukko 46

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte?	N=257		N=33		N=97		N=97		N=23		N=7
: päivittäin	7	15	5	10	10	3	3	4	1	0	0
: 4–6 kertaa viikossa	12	21	7	10	10	12	12	9	2	0	0
: 3 kertaa viikossa	16	21	7	21	20	12	12	9	2	0	0
: 2 kertaa viikossa	18	12	4	18	17	22	21	13	3	0	0
: kerran viikossa	15	15	5	18	17	15	15	9	2	0	0
: 2–3 kertaa kuukaudessa	15	6	2	13	13	19	18	17	4	29	2
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	14	9	3	9	9	14	14	30	7	43	3
: en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	0	0	1	1	2	2	9	2	29	2
: en osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

29.26
(p=0.000)

Liitetaulukko 47

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	N=267		N=35		N=99		N=101		N=25		N=7
: Päivittäin	14	17	6	21	21	6	6	12	3	14	1
: 4–6 kertaa viikossa	28	46	16	30	30	25	25	12	3	0	0
: 3 kertaa viikossa	24	26	9	26	26	24	24	24	6	0	0
: 2 kertaa viikossa	17	9	3	12	12	27	27	12	3	0	0
: kerran viikossa	7	3	1	6	6	5	5	20	5	14	1
: 2–3 kertaa kuukaudessa	6	0	0	2	2	11	11	12	3	0	0
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	3	0	0	1	1	1	1	0	0	57	4
: en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	2	0	0	1	1	2	2	8	2	14	1

36.25
(p=0.000)

Liitetaulukko 48

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette aikaa ennen Kimmoke-ranneketta ja harrastitte liikuntaa, kuinka usein liikuitte vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilitte?	N=244		N=35		N=113		N=92		N=1		N=3
: päivittäin	7	9	3	5	6	11	10	0	0	0	0
: 4–6 kertaa viikossa	12	9	3	8	9	20	18	0	0	0	0
: 3 kertaa viikossa	16	17	6	14	16	17	16	0	0	0	0
: 2 kertaa viikossa	18	11	4	21	24	16	15	100	1	0	0
: kerran viikossa	15	26	9	20	23	8	7	0	0	0	0
: 2–3 kertaa kuukaudessa	15	11	4	16	18	12	11	0	0	33	1
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	14	17	6	12	14	14	13	0	0	0	0
: en voinut vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	3	0	0	3	3	2	2	0	0	67	2
: en osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

11.87
(p=0.018)

Liitetaulukko 49

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka usein harrastatte liikuntaa nykyään vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette Kimmoke–rannekkeella liikkuminen mukaan lukien?	N=251		N=35		N=117		N=94		N=1		N=4
: Päivittäin	14	23	8	15	17	11	10	0	0	0	0
: 4–6 kertaa viikossa	28	54	19	28	33	23	22	0	0	0	0
: 3 kertaa viikossa	24	17	6	27	31	27	25	0	0	0	0
: 2 kertaa viikossa	17	0	0	20	23	20	19	100	1	25	1
: kerran viikossa	7	0	0	7	8	5	5	0	0	0	0
: 2–3 kertaa kuukaudessa	6	3	1	3	3	10	9	0	0	0	0
: muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	3	3	1	1	1	2	2	0	0	25	1
: en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	2	0	0	1	1	2	2	0	0	50	2

28.06
(p=0.000)

Liitetaulukko 50

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Jos liikkumisenne on lisääntynyt, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos liikkumisenne on ennallaan tai vähentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=213		N=108		N=105
: 0	5	4	4	7	7
: 1	2	2	2	2	2
: 2	7	6	6	8	8
: 3	15	17	18	14	15
: 4	39	31	33	47	49
: 5	32	42	45	23	24
: average	3,77	3,94		3,61	

Min exp. Fract< 5

10.85 1.9718 16.666
(p=0.054) 3099 66667

Liitetaulukko 51

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Jos liikkumisenne on lisääntynyt, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos liikkumisenne on ennallaan tai vähentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=215		N=156		N=59
: 0	5	3	5	10	6
: 1	2	2	3	2	1
: 2	7	4	6	14	8
: 3	15	15	24	15	9
: 4	39	42	65	32	19
: 5	32	34	53	27	16
: average	3,77	3,92		3,39	

Min exp. Fract< 5

11.88 1.0976 33.333
(p=0.036) 7442 33333

Liitetaulukko 52

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos liikkumisenne on lisääntynyt, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos liikkumisenne on ennallaan tai vähentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=185		N=27		N=89		N=28		N=18		N=9		N=6		N=8
: 0	5	4	1	2	2	0	0	6	1	0	0	33	2	38	3
: 1	2	0	0	2	2	4	1	0	0	11	1	0	0	0	0
: 2	7	4	1	9	8	14	4	0	0	0	0	17	1	0	0
: 3	15	15	4	16	14	7	2	17	3	22	2	0	0	25	2
: 4	39	48	13	35	31	36	10	44	8	44	4	17	1	38	3
: 5	32	30	8	36	32	39	11	33	6	22	2	33	2	0	0
: average	3,77	3,93		3,87		3,93		3,94		3,67		2,67		2,25	

9.12
(p=0.167)

Liitetaulukko 53

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parantunut		Parantunut		Pysynyt		Heikentynyt		Heikentynyt	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos liikkumisenne on lisääntynyt, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos liikkumisenne on ennallaan tai vähentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=202		N=33		N=104		N=61		N=1		N=3
: 0	5	0	0	2	2	10	6	0	0	0	0
: 1	2	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0
: 2	7	0	0	5	5	15	9	0	0	0	0
: 3	15	9	3	13	14	18	11	100	1	33	1
: 4	39	33	11	46	48	33	20	0	0	33	1
: 5	32	58	19	34	35	18	11	0	0	33	1
: average	3,77	4,48		4,03		3,11		3,00		4,00	

29.05
(p=0.000)

Liitetaulukko 54

Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut teitä 12 viime kuukauden aikana?
Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.
Vastaajien määrä: 267

	Lääkäri tai hammas-lääkäri	Tervey-den-, sairaan- tai työterv. hoitaja	Perh. jäsen	Joku muu	Edell. yht.	Ei kukaan	En osaa sanoa	Yht.
Lisäämään liikuntaa	34	24	38	25	121	175	5	301
Muuttamaan ruokailutottumuksia	26	26	34	26	112	165	10	287
Laihduttamaan terveyssyistä	31	17	32	16	96	183	7	286
Vähentämään alkoholin käyttöä	8	5	15	6	34	230	8	272
Lopettamaan tupakoinnin	23	13	17	10	63	213	13	289
Yhteensä	122	85	136	83	426	966	43	1435

Liitetaulukko 55

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?	N=267		N=137		N=130
: Erittäin hyvä	13	10	14	16	21
: Hyvä	37	34	47	40	52
: Keskinkertainen	38	45	62	30	39
: Huono	9	8	11	11	14
: Erittäin huono	3	2	3	3	4

Min exp. Fract< 5

7.21 (p=0.125) 3.4082 397 20

Liitetaulukko 56

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?	N=267		N=49		N=80		N=76		N=52		N=10
: Erittäin hyvä	13	16	8	16	13	12	9	10	5	0	0
: Hyvä	37	55	27	29	23	38	29	33	17	30	3
: Keskinkertainen	38	29	14	39	31	37	28	40	21	70	7
: Huono	9	0	0	13	10	11	8	13	7	0	0
: Erittäin huono	3	0	0	4	3	3	2	4	2	0	0

12.33
(p=0.015)

Liitetaulukko 57

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=251		N=34		N=93		N=96		N=22		N=6
: Parantunut huomattavasti	14	15	5	17	16	11	11	9	2	17	1
: Parantunut	47	38	13	55	51	46	44	36	8	17	1
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	37	47	16	27	25	42	40	50	11	33	2
: Heikentynyt	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
: Heikentynyt huomattavasti	2	0	0	1	1	0	0	5	1	33	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10.14
(p=0.038)

Liitetaulukko 58

	All	Korkein peruskoulutuksenne?							
		< Kansakoulu		Kansakoulu		Peruskoulu		Ylioppilas	
		%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?	N=267		N=2		N=10		N=105		N=150
: Erittäin hyvä	13	0	0	0	0	8	8	18	27
: Hyvä	37	50	1	30	3	36	38	38	57
: Keskinkertainen	38	0	0	60	6	39	41	36	54
: Huono	9	50	1	10	1	14	15	5	8
: Erittäin huono	3	0	0	0	0	3	3	3	4

9.11
(p=0.028)

Liitetaulukko 59

	All	Korkein ammatillinen koulutuksenne?											
		Ei amm.koul.		Ammattikoulu tai		Opistotaso		Ammattikorkeak.		Ylempi korkeak.		Akat.jatkot.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?	N=267		N=42		N=103		N=25		N=54		N=37		N=6
: Erittäin hyvä	13	17	7	11	11	4	1	13	7	22	8	17	1
: Hyvä	37	31	13	39	40	40	10	37	20	35	13	50	3
: Keskinkertainen	38	38	16	36	37	44	11	39	21	38	14	33	2
: Huono	9	14	6	12	12	8	2	7	4	3	1	0	0
: Erittäin huono	3	0	0	3	3	4	1	4	2	3	1	0	0

3.74
(p=0.588)

Liitetaulukko 60

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=251		N=129		N=122
: Parantunut huomattavasti	14	14	18	14	17
: Parantunut	47	49	63	44	54
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	37	36	47	39	47
: Heikentynyt	0	0	0	1	1
: Heikentynyt huomattavasti	2	1	1	2	3
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

2.53 0.4860 40
(p=0.640) 5578

Liitetaulukko 61

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=253		N=172		N=81
: Parantunut huomattavasti	14	18	31	5	4
: Parantunut	47	49	84	43	35
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	37	32	55	48	39
: Heikentynyt	0	0	0	1	1
: Heikentynyt huomattavasti	2	1	2	2	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

13.78 0.3201 40
(p=0.008) 581

Liitetaulukko 62

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=222		N=35		N=105		N=36		N=21		N=10		N=5		N=10
: Parantunut huomattavasti	14	23	8	10	11	19	7	24	5	10	1	0	0	0	0
: Parantunut	47	43	15	50	53	42	15	57	12	40	4	20	1	30	3
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	37	29	10	38	40	39	14	14	3	50	5	80	4	70	7
: Heikentynyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Heikentynyt huomattavasti	2	6	2	1	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

12.13
(p=0.059)

Liitetaulukko 63

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Jos terveydentilanteenne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos tilanteenne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=177		N=131		N=46
: 0	6	4	5	11	5
: 1	3	2	3	7	3
: 2	6	4	5	13	6
: 3	28	30	39	26	12
: 4	39	40	53	33	15
: 5	18	20	26	11	5
: average	3,44	3,60		2,96	

Min exp. Fract< 5

11.73 1.5593 33.333
(p=0.039) 2203 33333

Liitetaulukko 64

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos terveydentilanteenne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos tilanteenne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=152		N=25		N=71		N=26		N=18		N=7		N=2		N=3
: 0	6	8	2	3	2	4	1	6	1	0	0	0	0	0	0
: 1	3	0	0	3	2	4	1	6	1	0	0	50	1	0	0
: 2	6	4	1	7	5	12	3	0	0	0	0	50	1	0	0
: 3	28	32	8	25	18	23	6	22	4	71	5	0	0	33	1
: 4	39	32	8	51	36	27	7	44	8	14	1	0	0	67	2
: 5	18	24	6	11	8	31	8	22	4	14	1	0	0	0	0
: average	3,44	3,52		3,52		3,58		3,61		3,43		1,50		3,67	

6
(p=0.423)

Liitetaulukko 65

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos terveydentilanteenne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos tilanteenne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=167		N=35		N=113		N=17		N=1		N=1
: 0	6	0	0	1	1	18	3	100	1	0	0
: 1	3	0	0	3	3	18	3	0	0	0	0
: 2	6	0	0	5	6	24	4	0	0	0	0
: 3	28	6	2	35	39	29	5	0	0	100	1
: 4	39	49	17	43	49	12	2	0	0	0	0
: 5	18	46	16	13	15	0	0	0	0	0	0
: average	3,44	4,40		3,57		2,00		0,00		3,00	

50.38
(p=0.000)

Liitetaulukko 66

Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla?
Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette ollut sairaalassa sisäänotettuna potilaana tai käyntejä raskauden tai synnytyksen vuoksi.
5 = 5 kertaa tai enemmän, 4 = 3–4 kertaa, 3 = 2 kertaa, 2 = 1 kerta, 1 = en kertaakaan, 0 = en osaa sanoa
Vastaajien määrä: 267

	5	4	3	2	1	0	Yht.	Keskia.
Lääkärin vastaanotolla työterveyshuollossa	2 %	3 %	3 %	4 %	66 %	23 %	236	1,03
Lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa	13 %	14 %	16 %	23 %	26 %	8 %	263	2,39
Lääkärin vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla	1 %	2 %	5 %	9 %	63 %	21 %	241	1,07
Lääkärin vastaanotolla sairaalan poliklinikalla	9 %	7 %	9 %	15 %	46 %	15 %	247	1,72
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla työterveyshuollossa	1 %	2 %	2 %	3 %	68 %	25 %	239	0,91
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa	8 %	9 %	9 %	18 %	41 %	14 %	244	1,83
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla	0 %	0 %	2 %	2 %	70 %	26 %	233	0,82
Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla sairaalan poliklinikalla	6 %	4 %	3 %	6 %	56 %	24 %	239	1,26
Yhteensä	5 %	5 %	6 %	10 %	54 %	19 %	1942	1,38

Liitetaulukko 67

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi terveytenne, työ- tai toimintakykynne parantunut siten, että lääkärissä/ terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käynnit ovat vähentyneet?	N=216		N=118		N=98
: Erittäin paljon	10	9	11	10	10
: Melko paljon	25	19	22	32	31
: Pysyneet ennallaan	53	57	67	48	47
: Melko vähän	4	4	5	3	3
: Erittäin vähän	9	11	13	7	7
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

5.58 3.6296
(p=0.233) 2963 20

Liitetaulukko 68

	All	Kimmoke- Kyllä		Kimmoke- Ei	
		%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi terveytenne, työ- tai toimintakykynne parantunut siten, että lääkärissä/ terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käynnit ovat vähentyneet?	N=218		N=145		N=73
: Erittäin paljon	10	12	18	4	3
: Melko paljon	25	29	42	16	12
: Pysyneet ennallaan	53	48	70	62	45
: Melko vähän	4	3	4	5	4
: Erittäin vähän	9	8	11	12	9
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

10.37 (p=0.035) 2.6788 9908 10

Liitetaulukko 69

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko teillä (jokin pitkäaikainen) sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?	N=263		N=49		N=78		N=76		N=50		N=10
: Ei	54	80	39	56	44	47	36	42	21	30	3
: Kyllä, mikä	46	20	10	44	34	53	40	58	29	70	7

19.6
(p=0.001)

Liitetaulukko 70

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko teillä (jokin pitkäaikainen) sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?	N=263		N=35		N=98		N=98		N=25		N=7
: Ei	54	97	34	65	64	43	42	12	3	0	0
: Kyllä	46	3	1	35	34	57	56	88	22	100	7

61.97
(p=0.000)

Liitetaulukko 71

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?	N=262		N=49		N=78		N=75		N=50		N=10
: Erittäin hyvä	15	22	11	15	12	13	10	14	7	0	0
: Hyvä	33	47	23	40	31	27	20	24	12	10	1
: Keskinkertainen	32	27	13	21	16	41	31	36	18	70	7
: Huono	13	4	2	17	13	15	11	14	7	20	2
: Erittäin huono	6	0	0	8	6	4	3	12	6	0	0

16.58
(p=0.002)

Liitetaulukko 72

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?	N=233		N=38		N=109		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: Erittäin hyvä	15	16	6	6	7	14	5	14	3	18	2	43	3	60	6
: Hyvä	33	34	13	36	39	31	11	45	10	18	2	14	1	30	3
: Keskinkertainen	32	32	12	37	40	33	12	27	6	27	3	14	1	10	1
: Huono	13	11	4	16	17	14	5	5	1	36	4	29	2	0	0
: Erittäin huono	6	8	3	6	6	8	3	9	2	0	0	0	0	0	0

15.96
(p=0.014)

Liitetaulukko 73

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?	N=262		N=34		N=98		N=98		N=25		N=7
: Erittäin hyvä	15	79	27	12	12	1	1	0	0	0	0
: Hyvä	33	21	7	58	57	23	23	0	0	0	0
: Keskinkertainen	32	0	0	24	24	58	57	16	4	0	0
: Huono	13	0	0	5	5	15	15	56	14	14	1
: Erittäin huono	6	0	0	0	0	2	2	28	7	86	6

151.32
(p=0.000)

Liitetaulukko 74

	All	Korkein peruskoulutuksenne?							
		< Kansakoulu		Kansakoulu		Peruskoulu		Ylioppilas	
		%	N	%	N	%	N	%	N
Onko oma työ- ja toimintakykynne nykyisin mielestänne yleensä?	N=262		N=2		N=10		N=103		N=147
: Erittäin hyvä	15	0	0	0	0	10	10	20	30
: Hyvä	33	0	0	20	2	40	41	30	44
: Keskinkertainen	32	50	1	50	5	25	26	36	53
: Huono	13	0	0	20	2	17	18	10	15
: Erittäin huono	6	50	1	10	1	8	8	3	5

8.8
(p=0.032)

Liitetaulukko 75

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Miten työ- ja toimintakykynne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=241		N=165		N=76
: Parantunut huomattavasti	8	10	17	4	3
: Parantunut	42	45	75	36	27
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	49	44	72	59	45
: Heikentynyt	0	0	0	0	0
: Heikentynyt huomattavasti	1	1	1	1	1
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

		Min exp. Fract< 5
6.66	0.6307	25
(p=0.084)	0539	

Liitetaulukko 76

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Miten työ- ja toimintakykynne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=214		N=33		N=102		N=34		N=21		N=9		N=5		N=10
: Parantunut huomattavasti	8	12	4	6	6	9	3	14	3	11	1	20	1	0	0
: Parantunut	42	39	13	43	44	47	16	43	9	33	3	0	0	30	3
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	49	48	16	50	51	44	15	38	8	56	5	80	4	70	7
: Heikentynyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Heikentynyt huomattavasti	1	0	0	1	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.82
(p=0.701)

Liitetaulukko 77

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Miten työ- ja toimintakykynne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton jälkeen?	N=236		N=35		N=109		N=88		N=1		N=3
: Parantunut huomattavasti	8	49	17	3	3	0	0	0	0	0	0
: Parantunut	42	46	16	70	76	8	7	0	0	33	1
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	49	6	2	27	29	92	81	100	1	33	1
: Heikentynyt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: Heikentynyt huomattavasti	1	0	0	1	1	0	0	0	0	33	1
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

119.63
(p=0.000)

Liitetaulukko 78

	All	Kimmoke-Kyllä		Kimmoke-Ei	
		%	N	%	N
Jos työ- ja toimintakykynne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos työ- ja toimintakykynne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=154		N=114		N=40
: 0	8	5	6	15	6
: 1	2	3	3	0	0
: 2	9	6	7	15	6
: 3	30	34	39	18	7
: 4	35	32	36	45	18
: 5	17	20	23	8	3
: average	3,33	3,45		3,00	

	Min exp.	Fract< 5
14.52	0.7792	33.333
(p=0.013)	2078	33333

Liitetaulukko 79

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos työ- ja toimintakykynne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos työ- ja toimintakykynne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=133		N=24		N=60		N=26		N=13		N=6		N=1		N=3
: 0	8	13	3	5	3	4	1	8	1	0	0	0	0	0	0
: 1	2	4	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 2	9	0	0	8	5	15	4	8	1	0	0	100	1	33	1
: 3	30	29	7	30	18	31	8	23	3	50	3	0	0	33	1
: 4	35	42	10	38	23	23	6	31	4	33	2	0	0	33	1
: 5	17	13	3	15	9	27	7	31	4	17	1	0	0	0	0
: average	3,33	3,21		3,38		3,50		3,62		3,67		2,00		3,00	

3.43
(p=0.754)

Liitetaulukko 80

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos työ- ja toimintakykynne on parantunut, kuinka paljon arvioitte tämän muutoksen johtuneen nimenomaan Kimmoke-rannekkeesta asteikolla 0-5? Jos työ- ja toimintakykynne on ennallaan tai heikentynyt, jättäkää vastaamatta tähän.: Kokonaan - Ei ollenkaan	N=146		N=34		N=89		N=20		N=1		N=2
: 0	8	0	0	2	2	20	4	100	1	50	1
: 1	2	0	0	0	0	15	3	0	0	0	0
: 2	9	0	0	11	10	15	3	0	0	0	0
: 3	30	15	5	35	31	30	6	0	0	50	1
: 4	35	35	12	42	37	20	4	0	0	0	0
: 5	17	50	17	10	9	0	0	0	0	0	0
: average	3,33	4,35		3,44		2,15		0,00		1,50	

44.48
(p=0.000)

Liitetaulukko 81

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=246		N=35		N=114		N=92		N=1		N=4
: 0	10	20	7	7	8	9	8	100	1	0	0
: 1	5	6	2	6	7	3	3	0	0	50	2
: 2	7	9	3	8	9	2	2	0	0	25	1
: 3	7	11	4	5	6	8	7	0	0	0	0
: 4	8	17	6	10	11	4	4	0	0	0	0
: 5	10	6	2	17	19	7	6	0	0	0	0
: 6	10	14	5	12	14	5	5	0	0	25	1
: 7	11	6	2	10	11	16	15	0	0	0	0
: 8	12	3	1	12	14	16	15	0	0	0	0
: 9	9	6	2	9	10	13	12	0	0	0	0
: 10	9	3	1	4	5	16	15	0	0	0	0
: average	5,37	3,83		5,22		6,38		0,00		2,50	

26.26
(p=0.000)

Liitetaulukko 82

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=246		N=35		N=114		N=92		N=1		N=4
: 0	7	6	2	5	6	8	7	0	0	25	1
: 1	3	6	2	2	2	1	1	0	0	50	2
: 2	2	0	0	1	1	4	4	0	0	0	0
: 3	6	3	1	8	9	5	5	0	0	0	0
: 4	6	6	2	5	6	8	7	0	0	0	0
: 5	5	9	3	7	8	3	3	0	0	0	0
: 6	4	3	1	6	7	3	3	0	0	0	0
: 7	15	14	5	17	19	15	14	100	1	0	0
: 8	19	20	7	20	23	18	17	0	0	0	0
: 9	15	20	7	15	17	15	14	0	0	25	1
: 10	16	14	5	14	16	18	17	0	0	0	0
: average	6,57	6,80		6,73		6,68		7,00		2,75	

3.65
(p=0.456)

Liitetaulukko 83

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=49		N=78		N=76		N=49		N=10
: 0	10	2	1	9	7	9	7	18	9	20	2
: 1	5	0	0	8	6	5	4	4	2	20	2
: 2	7	6	3	8	6	4	3	10	5	10	1
: 3	7	2	1	6	5	13	10	6	3	0	0
: 4	8	10	5	8	6	11	8	4	2	10	1
: 5	10	8	4	12	9	12	9	8	4	10	1
: 6	10	10	5	10	8	11	8	8	4	10	1
: 7	11	12	6	12	9	7	5	16	8	20	2
: 8	12	16	8	10	8	13	10	12	6	0	0
: 9	9	16	8	8	6	8	6	8	4	0	0
: 10	9	16	8	10	8	8	6	4	2	0	0
: average	5,37	6,88		5,27		5,18		4,76		3,30	

17.91
(p=0.001)

Liitetaulukko 84

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=49		N=78		N=75		N=50		N=10
: 0	7	0	0	8	6	7	5	12	6	20	2
: 1	3	0	0	3	2	3	2	8	4	0	0
: 2	2	2	1	5	4	0	0	0	0	0	0
: 3	6	4	2	4	3	9	7	8	4	10	1
: 4	6	2	1	5	4	9	7	4	2	30	3
: 5	5	2	1	5	4	4	3	10	5	10	1
: 6	4	4	2	8	6	3	2	2	1	0	0
: 7	15	18	9	13	10	16	12	14	7	20	2
: 8	19	18	9	19	15	20	15	22	11	10	1
: 9	15	16	8	18	14	15	11	12	6	0	0
: 10	16	33	16	13	10	15	11	8	4	0	0
: average	6,57	8,08		6,50		6,55		5,72		4,20	

23.36
(p=0.000)

Liitetaulukko 85

	All	Korkein peruskoulutuksenne?							
		< Kansakoulu		Kansakoulu		Peruskoulu		Ylioppilas	
		%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=2		N=10		N=103		N=147
: 0	10	0	0	30	3	13	13	7	10
: 1	5	50	1	0	0	7	7	4	6
: 2	7	50	1	20	2	4	4	7	11
: 3	7	0	0	10	1	7	7	7	11
: 4	8	0	0	0	0	12	12	7	10
: 5	10	0	0	20	2	13	13	8	12
: 6	10	0	0	0	0	13	13	9	13
: 7	11	0	0	10	1	8	8	14	21
: 8	12	0	0	0	0	13	13	13	19
: 9	9	0	0	10	1	5	5	12	18
: 10	9	0	0	0	0	8	8	11	16
: average	5,37	1,50		3,30		4,97		5,85	

12.5
(p=0.006)

Liitetaulukko 86

	All	Korkein peruskoulutuksenne?							
		< Kansakoulu		Kansakoulu		Peruskoulu		Ylioppilas	
		%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=2		N=10		N=102		N=148
: 0	7	0	0	30	3	8	8	5	8
: 1	3	50	1	0	0	3	3	3	4
: 2	2	0	0	0	0	1	1	3	4
: 3	6	0	0	10	1	8	8	5	8
: 4	6	50	1	0	0	7	7	6	9
: 5	5	0	0	40	4	5	5	3	5
: 6	4	0	0	0	0	3	3	5	8
: 7	15	0	0	10	1	16	16	16	23
: 8	19	0	0	0	0	24	24	18	27
: 9	15	0	0	10	1	14	14	16	24
: 10	16	0	0	0	0	13	13	19	28
: average	6,57	2,50		3,90		6,47		6,88	

11.96
(p=0.008)

Liitetaulukko 87

	All	Korkein ammatillinen koulutuksenne?											
		Ei amm.koul.		Ammattikoulu tai		Opistotaso		Ammattikorkeak.		Ylempi korkeak.		Akat.jatkot.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=42		N=101		N=24		N=54		N=35		N=6
: 0	10	17	7	8	8	17	4	11	6	3	1	0	0
: 1	5	5	2	5	5	4	1	6	3	6	2	17	1
: 2	7	14	6	5	5	13	3	2	1	9	3	0	0
: 3	7	7	3	9	9	8	2	4	2	9	3	0	0
: 4	8	19	8	8	8	8	2	6	3	3	1	0	0
: 5	10	7	3	11	11	4	1	19	10	3	1	17	1
: 6	10	0	0	14	14	4	1	11	6	11	4	17	1
: 7	11	10	4	10	10	17	4	19	10	6	2	0	0
: 8	12	5	2	16	16	17	4	4	2	20	7	17	1
: 9	9	5	2	7	7	4	1	11	6	20	7	17	1
: 10	9	12	5	8	8	4	1	9	5	11	4	17	1
: average	5,37	4,33		5,49		4,62		5,54		6,37		6,50	

10.92
(p=0.053)

Liitetaulukko 88

	All	Korkein ammatillinen koulutuksenne?											
		Ei amm.koul.		Ammattikoulu tai		Opistotaso		Ammattikorkeak.		Ylempi korkeak.		Akat.jatkot.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=42		N=100		N=24		N=54		N=36		N=6
: 0	7	7	3	8	8	17	4	7	4	0	0	0	0
: 1	3	5	2	1	1	0	0	6	3	6	2	0	0
: 2	2	2	1	2	2	0	0	2	1	3	1	0	0
: 3	6	10	4	7	7	8	2	6	3	0	0	17	1
: 4	6	17	7	6	6	13	3	2	1	0	0	0	0
: 5	5	2	1	8	8	0	0	6	3	6	2	0	0
: 6	4	5	2	0	0	0	0	7	4	14	5	0	0
: 7	15	19	8	14	14	13	3	20	11	8	3	17	1
: 8	19	10	4	26	26	25	6	19	10	14	5	0	0
: 9	15	12	5	14	14	21	5	9	5	22	8	33	2
: 10	16	12	5	14	14	4	1	17	9	28	10	33	2
: average	6,57	5,81		6,62		5,92		6,46		7,69		8,00	

11.71
(p=0.039)

Liitetaulukko 89

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=233		N=38		N=109		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: 0	10	5	2	9	10	14	5	9	2	27	3	14	1	0	0
: 1	5	5	2	8	9	3	1	5	1	0	0	0	0	0	0
: 2	7	11	4	10	11	6	2	5	1	0	0	0	0	0	0
: 3	7	8	3	6	7	11	4	0	0	9	1	14	1	0	0
: 4	8	8	3	11	12	8	3	5	1	0	0	14	1	0	0
: 5	10	18	7	7	8	8	3	9	2	9	1	0	0	0	0
: 6	10	5	2	10	11	17	6	18	4	9	1	0	0	0	0
: 7	11	13	5	10	11	14	5	23	5	0	0	0	0	10	1
: 8	12	5	2	12	13	8	3	14	3	27	3	14	1	20	2
: 9	9	5	2	12	13	3	1	0	0	9	1	14	1	50	5
: 10	9	16	6	4	4	8	3	14	3	9	1	29	2	20	2
: average	5,37	5,45		4,99		4,94		5,91		5,18		6,29		8,80	

17.28
(p=0.008)

Liitetaulukko 90

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=232		N=38		N=108		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: 0	7	3	1	9	10	11	4	0	0	18	2	14	1	0	0
: 1	3	5	2	3	3	0	0	9	2	9	1	0	0	0	0
: 2	2	5	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
: 3	6	3	1	8	9	8	3	0	0	0	0	14	1	0	0
: 4	6	8	3	11	12	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
: 5	5	5	2	4	4	6	2	14	3	0	0	0	0	0	0
: 6	4	8	3	5	5	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
: 7	15	16	6	17	18	11	4	14	3	9	1	0	0	10	1
: 8	19	18	7	17	18	25	9	27	6	36	4	14	1	10	1
: 9	15	5	2	18	19	14	5	14	3	9	1	29	2	40	4
: 10	16	24	9	8	9	11	4	23	5	18	2	29	2	40	4
: average	6,57	6,71		6,12		6,28		7,41		6,27		7,00		9,10	

15.36
(p=0.018)

Liitetaulukko 91

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Jos ajattelette/muistelette aikaa ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa, mikä silloin oli oma työkykynne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=33		N=99		N=98		N=25		N=7
: 0	10	0	0	3	3	13	13	28	7	43	3
: 1	5	0	0	1	1	5	5	28	7	14	1
: 2	7	3	1	6	6	6	6	8	2	43	3
: 3	7	3	1	5	5	8	8	20	5	0	0
: 4	8	0	0	8	8	11	11	12	3	0	0
: 5	10	3	1	9	9	16	16	4	1	0	0
: 6	10	6	2	16	16	8	8	0	0	0	0
: 7	11	9	3	12	12	15	15	0	0	0	0
: 8	12	9	3	19	19	10	10	0	0	0	0
: 9	9	21	7	14	14	3	3	0	0	0	0
: 10	9	45	15	6	6	3	3	0	0	0	0
: average	5,37	8,48		6,29		4,64		1,72		1,00	

94.97
(p=0.000)

Liitetaulukko 92

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10?: Erinomainen työkyky - Täysin työkyvytön	N=262		N=34		N=99		N=97		N=25		N=7
: 0	7	0	0	1	1	7	7	24	6	71	5
: 1	3	0	0	1	1	2	2	16	4	14	1
: 2	2	0	0	1	1	2	2	4	1	14	1
: 3	6	0	0	2	2	8	8	28	7	0	0
: 4	6	0	0	4	4	7	7	24	6	0	0
: 5	5	0	0	2	2	12	12	0	0	0	0
: 6	4	0	0	3	3	7	7	4	1	0	0
: 7	15	0	0	20	20	21	20	0	0	0	0
: 8	19	6	2	25	25	25	24	0	0	0	0
: 9	15	24	8	27	27	4	4	0	0	0	0
: 10	16	71	24	13	13	4	4	0	0	0	0
: average	6,57	9,65		7,74		5,86		2,28		0,43	

136.62
(p=0.000)

Liitetaulukko 93

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka/ pystyisitte työskentelemään viimeisimmässä ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka? Mikäli ette ole töissä, vastatkaa viimeisimmän työnne mukaan.	N=224		N=33		N=84		N=78		N=23		N=6
: En	17	3	1	7	6	21	16	52	12	50	3
: Todennäköisesti en	15	3	1	12	10	18	14	35	8	17	1
: Todennäköisesti kyllä	33	36	12	46	39	27	21	9	2	0	0
: Kyllä	26	58	19	29	24	19	15	0	0	0	0
: Olen eläkkeellä	9	0	0	6	5	15	12	4	1	33	2
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

34.59
(p=0.000)

Liitetaulukko 94

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?	N=256		N=135		N=121
: Jatkuvasti	7	7	10	7	9
: Melko usein	21	25	34	16	19
: Joskus	38	30	41	46	56
: Hyvin harvoin	17	20	27	14	17
: En koskaan	17	17	23	17	20
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

8.36 8.9804
(p=0.079) 6875 0

Liitetaulukko 95

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?	N=256		N=35		N=95		N=95		N=24		N=7
: Jatkuvasti	7	6	2	3	3	7	7	17	4	43	3
: Melko usein	21	17	6	15	14	29	28	17	4	14	1
: Joskus	38	31	11	44	42	38	36	25	6	29	2
: Hyvin harvoin	17	11	4	17	16	16	15	33	8	14	1
: En koskaan	17	34	12	21	20	9	9	8	2	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

15.57
(p=0.004)

Liitetaulukko 96

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?	N=231		N=37		N=109		N=35		N=22		N=11		N=7		N=10
: Jatkuvasti	7	14	5	7	8	6	2	5	1	9	1	0	0	0	0
: Melko usein	21	16	6	23	25	23	8	18	4	9	1	14	1	10	1
: Joskus	38	32	12	41	45	43	15	36	8	9	1	14	1	30	3
: Hyvin harvoin	17	24	9	17	18	14	5	18	4	27	3	14	1	20	2
: En koskaan	17	14	5	12	13	14	5	23	5	45	5	57	4	40	4
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

15.09
(p=0.020)

Liitetaulukko 97

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?	N=222		N=116		N=106
: Lisääntynyt huomattavasti	2	3	3	2	2
: Lisääntynyt	4	2	2	6	6
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	57	61	71	52	55
: Vähentynyt	31	27	31	36	38
: Vähentynyt huomattavasti	6	8	9	5	5
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

5.65 (p=0.227) 2.3873 8739 40

Liitetaulukko 98

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?	N=243		N=34		N=113		N=91		N=1		N=4
: Jatkuvasti	7	18	6	6	7	4	4	0	0	25	1
: Melko usein	21	12	4	25	28	20	18	0	0	0	0
: Joskus	38	38	13	37	42	40	36	100	1	25	1
: Hyvin harvoin	17	15	5	19	21	15	14	0	0	50	2
: En koskaan	17	18	6	13	15	21	19	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1.7
(p=0.791)

Liitetaulukko 99

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?	N=216		N=30		N=103		N=79		N=1		N=3
: Lisääntynyt huomattavasti	2	13	4	1	1	0	0	0	0	0	0
: Lisääntynyt	4	7	2	3	3	1	1	0	0	0	0
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	57	30	9	46	47	81	64	100	1	100	3
: Vähentynyt	31	40	12	43	44	14	11	0	0	0	0
: Vähentynyt huomattavasti	6	10	3	8	8	4	3	0	0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

15.92
(p=0.003)

	All	Miten työ- ja toimintakykynne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parantunut		Parantunut		Pysynyt		Heikentynyt		Heikentynyt	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?	N=209		N=16		N=92		N=100		N=0		N=1
: Lisääntynyt huomattavasti	2	6	1	4	4	0	0		0	0	0
: Lisääntynyt	4	0	0	5	5	1	1		0	0	0
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	57	50	8	36	33	78	78		0	0	0
: Vähentynyt	31	38	6	43	40	18	18		0	100	1
: Vähentynyt huomattavasti	6	6	1	11	10	3	3		0	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0

14.45
(p=0.002)

Liitetaulukko 101

	All	Kimmoke-		Kimmoke-	
		Kyllä		Ei	
		%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?	N=224		N=146		N=78
: Lisääntynyt huomattavasti	2	3	4	1	1
: Lisääntynyt	4	5	7	1	1
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	57	48	70	73	57
: Vähentynyt	31	37	54	19	15
: Vähentynyt huomattavasti	6	8	11	5	4
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

13.55 (p=0.009) 1.7410 7143 30

Liitetaulukko 102

	All	Siviilisäätynne?									
		Naimaton		Avoliitossa		Avioliit./rek.paris		Asumuserossa		Leski	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Oletteko kokeneet itsenne yksinäiseksi ennen Kimmoke-rannekkeen käyttöönottoa?	N=256		N=115		N=46		N=43		N=48		N=4
: Jatkuvasti	7,42	7,83	9,00	4,35	2,00	6,98	3,00	10,42	5,00	0,00	0,00
: Melko usein	20,70	26,09	30,00	19,57	9,00	11,63	5,00	16,67	8,00	25,00	1,00
: Joskus	37,89	45,22	52,00	45,65	21,00	23,26	10,00	27,08	13,00	25,00	1,00
: Hyvin harvoin	17,19	13,91	16,00	10,87	5,00	20,93	9,00	27,08	13,00	25,00	1,00
: En koskaan	16,80	6,96	8,00	19,57	9,00	37,21	16,00	18,75	9,00	25,00	1,00
: En osaa sanoa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

17.82
(p=0.001)

Liitetaulukko 103

	All	Siviilisäätynne?									
		Naimaton		Avoliitossa		Avioliit./rek.paris		Asumuserossa		Leski	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Onko Kimmoke-rannekkeen käyttöönoton vuoksi yksinäiseksi kokemisenne mielestänne muuttunut?	N=222		N=107		N=38		N=32		N=42		N=3
: Lisääntynyt huomattavasti	2	1	1	0	0	9	3	2	1	0	0
: Lisääntynyt	4	1	1	5	2	13	4	2	1	0	0
: Pysynyt suunnilleen ennallaan	57	57	61	55	21	66	21	55	23	0	0
: Vähentynyt	31	34	36	34	13	3	1	38	16	100	3
: Vähentynyt huomattavasti	6	7	8	5	2	9	3	2	1	0	0
: En osaa sanoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

16.8
(p=0.002)

Liitetaulukko 104

	All	Sukupuolenne?			
		Nainen		Mies	
		%	N	%	N
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	N=263		N=135		N=128
: Erittäin hyväksi	6	10	13	2	3
: Hyväksi	45	47	63	44	56
: Ei hyväksi eikä huonoksi	39	36	49	42	54
: Huonoksi	10	7	10	12	15
: Erittäin huonoksi	0	0	0	0	0

Min exp. Fract< 5

7.72 7.7870 0
(p=0.052) 7224

Liitetaulukko 105

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	N=263		N=48		N=80		N=76		N=49		N=10
: Erittäin hyväksi	6	8	4	3	2	8	6	6	3	10	1
: Hyväksi	45	63	30	44	35	43	33	33	16	50	5
: Ei hyväksi eikä huonoksi	39	25	12	41	33	39	30	51	25	30	3
: Huonoksi	10	4	2	13	10	9	7	10	5	10	1
: Erittäin huonoksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10.94
(p=0.027)

Liitetaulukko 106

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	N=263		N=35		N=99		N=97		N=25		N=7
: Erittäin hyväksi	6	26	9	5	5	2	2	0	0	0	0
: Hyväksi	45	57	20	65	64	34	33	8	2	0	0
: Ei hyväksi eikä huonoksi	39	17	6	29	29	56	54	48	12	29	2
: Huonoksi	10	0	0	1	1	8	8	44	11	71	5
: Erittäin huonoksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

83.57
(p=0.000)

Liitetaulukko 107

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	N=247		N=35		N=113		N=94		N=1		N=4
: Erittäin hyväksi	6	14	5	2	2	9	8	0	0	0	0
: Hyväksi	45	40	14	54	61	41	39	0	0	0	0
: Ei hyväksi eikä huonoksi	39	37	13	38	43	39	37	100	1	25	1
: Huonoksi	10	9	3	6	7	11	10	0	0	75	3
: Erittäin huonoksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10.19
(p=0.037)

Liitetaulukko 108

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	N=232		N=38		N=108		N=36		N=22		N=11		N=7		N=10
: Erittäin hyväksi	6	11	4	5	5	3	1	5	1	9	1	43	3	0	0
: Hyväksi	45	37	14	44	48	53	19	55	12	45	5	14	1	70	7
: Ei hyväksi eikä huonoksi	39	37	14	39	42	39	14	36	8	45	5	29	2	30	3
: Huonoksi	10	16	6	12	13	6	2	5	1	0	0	14	1	0	0
: Erittäin huonoksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.9
(p=0.691)

Liitetaulukko 109

	All	Kaikkien perheenjäsenten ansiot kuukaudessa yhteensä (palkat, eläkkeet ja muut ansiotulot, ilman toimeentulo- tai													
		< 500 €		500–1000 €		1000–1500 €		1500–2000 €		2000–2500 €		2500–3000 €		Yli 3000 €	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?: Mahdollisuuksiinne vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin	N=200		N=29		N=93		N=32		N=18		N=11		N=7		N=10
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	18	17	5	22	20	25	8	11	2	18	2	14	1	0	0
: 2	23	17	5	18	17	41	13	11	2	27	3	0	0	30	3
: 3	38	28	8	42	39	31	10	44	8	18	2	29	2	40	4
: 4	15	31	9	13	12	0	0	17	3	36	4	43	3	20	2
: 5	7	7	2	5	5	3	1	17	3	0	0	14	1	10	1
: average	2,69	2,93		2,62		2,16		3,17		2,73		3,43		3,10	

16.84
(p=0.010)

Liitetaulukko 110

	All	Oletteko syntyperäinen suomalainen?					
		Kyllä		Kyllä, mutta		Ei	
		%	N	%	N	%	N
Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?: Mahdollisuuksiinne vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin	N=226		N=205		N=4		N=17
: 0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	18	20	41	0	0	0	0
: 2	23	23	48	0	0	18	3
: 3	38	36	74	75	3	47	8
: 4	15	14	29	25	1	24	4
: 5	7	6	13	0	0	12	2
: average	2,69	2,63		3,25		3,29	

6.75
(p=0.034)

Liitetaulukko 111 a-i

Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
a) Mahdollisuuksiinne käyttää ja kehittää omia erityistaipumuksianne	N=239		N=31		N=92		N=89		N=21		N=6
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	5	0	0	2	2	6	5	14	3	17	1
: 2	17	6	2	17	16	17	15	24	5	50	3
: 3	31	23	7	29	27	38	34	29	6	17	1
: 4	33	52	16	38	35	24	21	29	6	17	1
: 5	14	19	6	13	12	16	14	5	1	0	0
: average	3,34	3,84		3,42		3,27		2,86		2,33	
	16.61 (p=0.002)										
b) Mahdollisuuksiinne vaikuttaa omaa elämäänne koskeviin asioihin	N=245		N=32		N=94		N=91		N=22		N=6
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	9	3	1	5	5	9	8	23	5	33	2
: 2	17	9	3	18	17	15	14	18	4	50	3
: 3	25	13	4	21	20	37	34	18	4	0	0
: 4	38	56	18	41	39	29	26	36	8	17	1
: 5	12	19	6	14	13	10	9	5	1	0	0
: average	3,27	3,78		3,40		3,15		2,82		2,00	
	18.89 (p=0.001)										
c) Muiden kanssaihmisten teitä kohtaan osoittamaan arvostukseen	N=238		N=32		N=92		N=87		N=21		N=6
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	3	3	1	3	3	3	3	0	0	17	1
: 2	13	9	3	13	12	10	9	29	6	0	0
: 3	34	22	7	32	29	45	39	29	6	0	0
: 4	41	47	15	46	42	30	26	43	9	83	5
: 5	9	19	6	7	6	11	10	0	0	0	0
: average	3,40	3,69		3,39		3,36		3,14		3,50	
	6.36 (p=0.174)										
d) Mahdollisuuksiinne mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan	N=249		N=32		N=93		N=93		N=24		N=7
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	6	0	0	6	6	5	5	13	3	29	2
: 2	11	0	0	9	8	15	14	13	3	29	2
: 3	25	16	5	22	20	29	27	38	9	14	1
: 4	40	63	20	45	42	30	28	29	7	29	2
: 5	18	22	7	18	17	20	19	8	2	0	0
: average	3,52	4,06		3,60		3,45		3,08		2,43	
	17.76 (p=0.001)										
e) Mahdollisuuksiinne vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin	N=226		N=30		N=90		N=82		N=20		N=4
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	18	3	1	21	19	16	13	35	7	25	1
: 2	23	13	4	20	18	26	21	40	8	0	0
: 3	38	47	14	36	32	39	32	20	4	75	3
: 4	15	23	7	19	17	11	9	5	1	0	0
: 5	7	13	4	4	4	9	7	0	0	0	0
: average	2,69	3,30		2,66		2,71		1,95		2,50	
	17.88 (p=0.001)										
f) Mahdollisuuksiinne menestyä elämässä	N=240		N=32		N=91		N=89		N=22		N=6
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	14	3	1	11	10	13	12	32	7	67	4
: 2	21	13	4	15	14	27	24	32	7	17	1
: 3	33	28	9	33	30	36	32	32	7	0	0
: 4	23	38	12	32	29	15	13	5	1	17	1
: 5	9	19	6	9	8	9	8	0	0	0	0
: average	2,92	3,56		3,12		2,79		2,09		1,67	
	31.33 (p=0.000)										

g) Elämäänne nyt verrattuna 5 vuoden takaiseen tilanteeseen	N=240		N=30		N=93		N=89		N=21		N=7
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	12	3	1	5	5	11	10	43	9	57	4
: 2	13	10	3	12	11	13	12	14	3	14	1
: 3	26	20	6	22	20	34	30	19	4	29	2
: 4	30	37	11	38	35	25	22	19	4	0	0
: 5	20	30	9	24	22	17	15	5	1	0	0
: average	3,33	3,80		3,62		3,22		2,29		1,71	

31.52
(p=0.000)

h) Omiin elintapoihinne	N=252		N=32		N=94		N=94		N=25		N=7
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	4	0	0	2	2	4	4	8	2	29	2
: 2	18	3	1	13	12	21	20	44	11	29	2
: 3	22	6	2	20	19	30	28	20	5	14	1
: 4	38	50	16	49	46	31	29	20	5	14	1
: 5	17	41	13	16	15	14	13	8	2	14	1
: average	3,47	4,28		3,64		3,29		2,76		2,57	

36.92
(p=0.000)

i) Omaan terveyteenne	N=253		N=32		N=95		N=94		N=25		N=7
: 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
: 1	9	0	0	2	2	7	7	44	11	57	4
: 2	17	0	0	7	7	27	25	36	9	29	2
: 3	23	9	3	17	16	38	36	12	3	0	0
: 4	38	47	15	63	60	20	19	0	0	14	1
: 5	13	44	14	11	10	7	7	8	2	0	0
: average	3,28	4,34		3,73		2,94		1,92		1,71	

91.36
(p=0.000)

Liitetaulukko 112 a-b

Miten tyytyväinen olette seuraaviin asioihin?	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
a) Mahdollisuuksiinne mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan	N=238		N=34		N=110		N=90		N=0		N=4
: 0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
: 1	6	3	1	6	7	6	5		0	25	1
: 2	11	3	1	12	13	12	11		0	25	1
: 3	25	21	7	22	24	31	28		0	25	1
: 4	40	35	12	42	46	40	36		0	25	1
: 5	18	38	13	18	20	11	10		0	0	0
: average	3,52	4,03		3,54		3,39				2,50	

12.89
(p=0.005)

b) Omiin elintapoihinne	N=240		N=34		N=112		N=90		N=0		N=4
: 0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
: 1	4	3	1	2	2	4	4		0	50	2
: 2	18	6	2	21	23	20	18		0	25	1
: 3	22	24	8	18	20	28	25		0	0	0
: 4	38	38	13	42	47	34	31		0	25	1
: 5	17	29	10	18	20	13	12		0	0	0
: average	3,47	3,85		3,54		3,32				2,00	

11.11
(p=0.011)

Liitetaulukko 113

	All	Minkäikäinen olette?									
		21–30-vuotias		31–40-vuotias		41–50-vuotias		51–60-vuotias		Yli 60-vuotias	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka onnelliseksi koette itsenne?: Erittäin onnellinen - Täysin onneton	N=266		N=49		N=80		N=76		N=51		N=10
: 0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
: 1	5	4	2	4	3	4	3	6	3	10	1
: 2	15	8	4	14	11	16	12	22	11	10	1
: 3	36	27	13	46	37	39	30	27	14	10	1
: 4	35	45	22	28	22	32	24	37	19	50	5
: 5	10	16	8	6	5	9	7	8	4	20	2
: average	3,28	3,61		3,11		3,26		3,20		3,60	

10.03
(p=0.040)

Liitetaulukko 114

	All	Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?									
		Erittäin hyvä		Hyvä		Keskinkertainen		Huono		Erittäin huono	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka onnelliseksi koette itsenne?: Erittäin onnellinen - Täysin onneton	N=266		N=35		N=99		N=100		N=25		N=7
: 0	1	0	0	0	0	0	0	8	2	0	0
: 1	5	3	1	1	1	4	4	8	2	57	4
: 2	15	0	0	5	5	22	22	44	11	14	1
: 3	36	23	8	35	35	43	43	28	7	29	2
: 4	35	43	15	51	50	24	24	12	3	0	0
: 5	10	31	11	8	8	7	7	0	0	0	0
: average	3,28	4,00		3,60		3,08		2,28		1,71	

65.63
(p=0.000)

Liitetaulukko 115

	All	Miten terveydentilanne on omasta mielestänne muuttunut Kimmoke-rannekkeen									
		Parant.huom.		Parantunut		Pys.ennallaan		Heikentynyt		Heikent.huomatt.	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka onnelliseksi koette itsenne?: Erittäin onnellinen - Täysin onneton	N=250		N=35		N=116		N=94		N=1		N=4
: 0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	25	1
: 1	5	6	2	4	5	2	2	100	1	25	1
: 2	15	6	2	14	16	19	18	0	0	25	1
: 3	36	23	8	39	45	37	35	0	0	0	0
: 4	35	49	17	38	44	27	25	0	0	25	1
: 5	10	17	6	5	6	14	13	0	0	0	0
: average	3	4		3		3		1		2	

12.9
(p=0.012)

Liitetaulukko 116

	All	Siviilisäätynne?									
		Naimaton		Avoliitossa		Avioliitossa tai		Asumuserossa		Leski	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Kuinka onnelliseksi koette itsenne?: Erittäin onnellinen - Täysin onneton	N=266		N=121		N=46		N=46		N=49		N=4
: 0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0
: 1	5	6	7	2	1	4	2	4	2	0	0
: 2	15	17	20	4	2	15	7	20	10	0	0
: 3	36	41	50	35	16	24	11	35	17	25	1
: 4	35	27	33	48	22	41	19	33	16	50	2
: 5	10	8	10	11	5	15	7	6	3	25	1
: average	3,28	3,13		3,61		3,48		3,10		4,00	

13.25
(p=0.010)